



República Democrática de São Tomé e Príncipe
Ministério da Saúde

Estratégia integrada de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição 2019-2023

São Tomé, Setembro 2018

ÍNDICE

ABREVIACÕES E ACRÓNIMOS	
PREFÁCIO	
SUMÁRIO EXECUTIVO	
1	CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES 12
1.1	INTRODUÇÃO..... 12
1.2	PROCESSO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO DA SRM Nia 12
2	CAPÍTULO 2: INFORMAÇÃO GERAL 13
2.1	CONTEXTO GEOGRÁFICO E POPULAÇÃO DE STP 13
2.2	CONTEXTO POLÍTICO E ECONÓMICO E SOCIAL 14
2.3	ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE..... 16
3	CAPÍTULO 3. SITUAÇÃO DA SRM Nia EM STP 19
3.1	QUADRO INSTITUCIONAL E ORGANIZACIONAL DOS PROGRAMAS DE SRM Nia_N 19
3.2	SITUAÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA, NEONATAL INFANTIL E DO ADOLESCENTE E NUTRIÇÃO 21
3.3	IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS SRM Nia 38
4	CAPÍTULO 4: PLANO ESTRATÉGICO DE SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA, RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E ADOLESCENTE E NUTRIÇÃO 2019-2023 42
4.1	VISÃO 42
4.2	FINALIDADE 42
4.3	PRINCÍPIOS ORIENTADORES..... 43
4.4	OBJECTIVOS E INTERVENÇÕES ESTRATEGICAS 44
4.5	Quadro lógico para a implementação do plano estratégico SRM Nia-N 2019 – 2021 46
5	CAPÍTULO 5. FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE 59
5.1	LIDERANÇA 59
5.2	FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE 59
5.3	LOGÍSTICA, MEDICAMENTOS E SUPRIMENTOS 59
5.4	PRESTAÇÃO INTEGRADA DE SERVIÇOS DE QUALIDADE..... 59
5.5	FINANCIAMENTO DO PROGRAMA..... 60
6	CAPÍTULO 6. QUADRO DE EXECUÇÃO 61
6.1	ESTRUTURA INSTITUCIONAL..... 61
6.2	MECANISMOS DE COORDENAÇÃO 61

6.3	PAPÉIS DE OUTROS SETORES.....	61
7	CAPÍTULO 7. MONITORIZAÇÃO-AVALIAÇÃO.....	62
7.1	NO NÍVEL CENTRAL	62
7.2	NO NÍVEL DISTRITAL.....	62
7.3	INDICADORES	63
7.4	RECOLHA DE DADOS.....	63
7.4.1	Coleta de dados de rotina	63
7.4.2	Coleta periódica de dados.....	63
8	CAPÍTULO 8. CUSTOS GERAIS POR ANO	64
9	CAPÍTULO 8. MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS	71

ABREVIações E ACRÓNIMOS

AIDI - Atenção Integrada as Doenças de Infância

APD - Ajuda Pública ao Desenvolvimento

ARV - Antiretroviral

ASC - Agente de Saúde Comunitária

CAP- Conhecimentos atitudes e práticas

CPN - Consulta Pré-Natal

CS - Centro de Saúde

DALYs - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

DCS - Direção de Cuidados de Saúde

DOT - Tratamento Sob Observação Direta

DST - Doenças Sexualmente Transmissível

FG – Fundo Global

GAVI - Aliança Mundial para as Vacinas e a Imunização

HAM - Hospital Dr Ayres de Menezes

HELPO – ONG HELPO

HIV - Virus de immuno deficiência humana

HPV - Vírus do Papiloma Humano

IDH - Índice de desenvolvimento humano

IDS - Inquérito demográfico e da saúde

INE - Instituto nacional da estatística

IOF - Inquérito ao orçamento familiar

IRA – Infecção respiratória aguda

ITS - Infecção transmissível por via sexual

MICS - Inquérito de Indicadores Múltiplos

MII – Mosquiteiro impregnado de insecticida

NV – Nascido vivo

OMS – Organização Mundial de Saúde

ODM - Objetivo do Desenvolvimento do Milénio

ONG – Organização não governamental
PAV – Programa alargado de vacinação
PMI – Protecção materno-infantil
PF - Planeamento Familiar
PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento de Saúde
PEID - Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento
PS - Posto sanitário
PSR - Programa de Saúde Reprodutiva
PSSR - Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva
PNLP - Programa Nacional de Luta contra o Paludismo
PTMF – Prevenção da transmissão mãe-filho do VIH
RGPH – Recenseamento geral da população e habitação
RH - Recursos Humanos
SIDA - Síndrome de imuno deficiência adquirida
SIS - Sistema de Informação de Saúde
SMN – Saúde materna e neonatal
SRO – Soro de reidratação oral
SRMNIA_N – Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente e nutrição
STP - São Tomé e Príncipe
SR - Saúde Reprodutiva
SP – Sulfadoxina+pirimetamina
SRMNIA_N - Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente e nutrição
SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV - Terapia Antirretroviral
TB/VIH – Tuberculose/Vírus de imuno deficiência humana
TT - Vacina anti-tetânica
UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a população
UNICEF - Programa das Nações Unidas para a Infância
US – Unidade sanitária
VIH - Vírus de imuno deficiência humana

VIH/SIDA - Virus de immuno deficiência humana/ Síndrome de imuno deficiência humana adquirida

VPI – Vacina anti-poliomielítica oral

WHA – Assembleia geral da Organização mundial de saúde

PREFÁCIO

Este documento de Estratégia Integrada de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição 2019-2023 é a culminação de um processo iniciado com a revisão integrada dos programas SRMNIA_N realizada em Outubro de 2017, que teve como objectivo avaliar os progressos da implementação do Plano nacional de saúde reprodutiva 2012-2016. Essa revisão constituiu uma grande oportunidade para fazer o balanço do que foi alcançado nesse período de cinco anos com vista a definir as etapas para a implementação dos compromissos assumidos pelo país no sentido da implementação da Estratégia Global para Mulheres, Crianças e Adolescentes 2016-2030 e do alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

O país conseguiu reduzir substancialmente a mortalidade infantil e também houve progressos importantes na redução da mortalidade materna e na melhoria da saúde dos adolescentes.

Os problemas prioritários identificados e as recomendações formuladas para melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços da SRMNIA_N em todos os níveis do sistema nacional de saúde constituíram a base de orientação para a elaboração da presente Estratégia Integrada da Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição 2019-2023.

Com o prefácio deste importante documento quero convidar todos os actores do sector da saúde a apropriarem-se do mesmo para que sirva de base para a mobilização dos recursos necessários a todos os níveis da pirâmide da saúde e a implementação harmoniosa e integrada das intervenções de SRMNIA_N.

Felicito os consultores internacionais e nacionais e a equipe técnica do Ministério da Saúde pela qualidade do trabalho realizado.

Por fim, expresso minha profunda gratidão aos diversos parceiros, nomeadamente a OMS, o UNICEF e o UNFPA pelo apoio técnico e financeiro para o desenvolvimento e disseminação dessa valiosa ferramenta de trabalho.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os esforços substanciais implementados pelo governo para aumentar a cobertura das principais intervenções para a saúde da mãe, criança e adolescente resultaram no declínio significativo da mortalidade materna e infanto-juvenil. No entanto, apesar dos esforços do governo, a mortalidade neonatal está aumentando e não há mudança na mortalidade infantil.

O plano estratégico integrado de SRMNIA_N 2019 – 2023, representa o compromisso do Governo de São Tomé e Príncipe de continuar os esforços para melhorar a saúde das mulheres, recém-nascidos, crianças e adolescentes. Ele foi desenvolvido através de um processo participativo liderado pelo Ministério da Saúde, com o apoio dos seus parceiros técnicos e financeiros, incluindo as agências das Nações Unidas (OMS, UNFPA, UNICEF) na sequencia da revisão da implementação das diferentes estratégias e planos relacionados com a SRMNIA.

O plano estratégico integrado de SRMNIA_N 2019 – 2023, proporciona uma estrutura única e integrada de SRMNIA_N para orientar e coordenar as ações de todas as partes interessadas envolvidas na implementação das intervenções da SRMNIA_N em STP.

A principal característica do atual Plano Estratégico da SRMNIA_N é o foco na promoção da disponibilidade de um atendimento de qualidade. Ele também enfatiza a equidade como a pedra angular do Plano para assegurar que as necessidades em SRMNIA_N sejam atendidas, incluindo as necessidades dos adolescentes e das populações rurais em áreas de difícil acesso.

Através deste novo Plano Estratégico, São Tomé e Príncipe basear-se-á em realizações passadas e usando as lições aprendidas, implementará estratégias eficazes para abordar as lacunas identificadas na cobertura, disponibilidade, acesso e qualidade dos serviços de SRMNIA_N que estão atrasando o progresso na redução significativa de mortes evitáveis de mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes.

A finalidade do plano estratégico de SRMNIA_N é contribuir para a redução da morbidade e mortalidade materna, neonatal, infantil e dos adolescentes com o alcance da cobertura universal dos serviços de SRMNIA-N:

1. Reduzir a mortalidade materna de 74 p.100 000 NV em 2014 para 50 000 p.100 000 NV em 2021
2. Reduzir a mortalidade neonatal de 22 ‰ NV em 2014 para 22 ‰ NV em 2021
3. Reduzir a mortalidade infantil de 38 ‰ NV em 2014 para 30 ‰ NV em 2021
4. Reduzir a mortalidade infanto-juvenil de 45‰ NV em 2014 para 20 ‰ NV em 2021
5. Reduzir a taxa de gravidez na adolescente de 27% em 2014 para 15% em 2021

Para conseguir isso, o plano estratégico do SRMNIA_N seguirá os objetivos estratégicos e as intervenções prioritárias definidas para abordar os principais estrangulamentos incluindo as fraquezas do sistema de saúde, na implementação dos pacotes de intervenções de SRMNIA_N. As estratégias e as intervenções prioritárias também levam em consideração a contribuição de outros setores para melhorar os resultados da SRMNIA_N.

Os objetivos estratégicos definidos são:

- i. Fortalecer até o final de 2023 a liderança dos programas SRMNIA_N (planificação, mobilização de recursos e coordenação das intervenções SRMNIA_N envolvendo todos os atores e parceiros)
- ii. Melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços SRMNIA_N até o final de 2023
- iii. Fortalecer o papel de indivíduos, famílias e comunidades para o aumento da procura atempada dos serviços de SRMNIA_N até o final de 2023 com vista a melhorar a saúde materna, infantil e do adolescente em áreas urbanas e rurais,
- iv. Fortalecer a capacidade dos recursos humanos para a prestação de cuidados de qualidade, promotivos, preventivos, curativos e de reabilitação a todos os níveis, incluindo cuidados especializados, de emergência e na comunidade até o final de 2023
- v. Fortalecer a prestação de contas para melhorar a SRMNIA_N até o final de 2023.

A implementação eficiente e eficaz das principais estratégias e intervenções prioritárias será orientada pelo seguimento e avaliação regular das intervenções, o que facilitará a medição do progresso rumo a uma melhor SRMNIA_N em STP e promoverá a prestação de contas e a transparência. Para este fim, as funções de seguimento e avaliação serão fortalecidas em todos os níveis do sistema de saúde, incluindo o fortalecimento da gestão de dados de rotina, a garantia de qualidade de dados e análise em todos os níveis, Vigilância e Resposta à Morte materna e perinatal, Registro Civil e estatísticas vitais. Os dados serão estratificados de acordo com a idade, género, status socio-económico e sub-região/distrito, para informar melhor a planificação baseada numa abordagem abrangente e equitativa por forma a atender às necessidades em SRMNIA_N da população de STP.

A ampla disseminação do plano estratégico a todas as partes interessadas envolvidas na SRMNIA_N é importante para garantir o seu uso no desenvolvimento e implementação de intervenções-chaves alinhadas às prioridades nacionais.

A implementação efetiva do Plano Estratégico de SRMNIA_N dependerá do compromisso e apoio de todas as partes interessadas para uma abordagem abrangente, integrada e coordenada e da advocacia que deve ser conduzida sobre o papel e a implicação de outras entidades fora do Ministério da Saúde na SRMNIA_N, por exemplos, o papel dos sectores responsáveis pelas estradas e comunicações no sistema de referência, o papel da educação no comportamento social e/ou ainda, o papel da agricultura na nutrição, e estabelecimento de medidas para o seu envolvimento efetivo na planificação, implementação e monitorização do plano estratégico da SRMNIA_N.

O reconhecimento do papel de liderança do Ministério da Saúde em assegurar a coordenação dos parceiros é vital para melhorar as sinergias, evitar a duplicação e assegurar a adesão às políticas nacionais para abordar as prioridades identificadas na SRMNIA_N. A saúde da mãe, da criança e do adolescente está no centro da transformação social e económica e do desenvolvimento

sustentável, e a contribuição de todas as partes interessadas e parceiros é necessária e importante para garantir que STP atinja a sua Visão 2030.

1 CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES

1.1 INTRODUÇÃO

O Governo de São Tomé e Príncipe, reconhecendo o importante papel da saúde para todos, para um desenvolvimento social e económico sustentável do país, está empenhado em reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil, e em propiciar um ambiente favorável para o pleno desenvolvimento dos seus adolescentes a força de trabalho de amanhã.

Assim, a saúde da mãe, da criança e do adolescente vem refletida como uma prioridade na política nacional de saúde e nos subsequentes planos nacionais de desenvolvimento sanitário. Também foram desenvolvidas e implementadas acções no quadro dos documentos seguintes: o roteiro nacional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal 2008 – 2015, o plano estratégico para a saúde reprodutiva 2012-2016, o plano estratégico de luta contra o paludismo 2012 - 2016 e o plano estratégico de luta contra o SIDA 2013-2017, que contribuíram para os progressos registados pelo país entre 2009 e 2014, traduzidos pela diminuição da mortalidade materna em 53% (de 158 para 74 por 100.000 nados vivos), e da mortalidade de crianças menores de 5 anos em 30% (de 64 para 45 por 1000 nados vivos). No entanto, no mesmo período, observou-se um ligeiro aumento da mortalidade neonatal, acompanhado pela estagnação da mortalidade infantil.

Consciente de que mais esforços são necessários para pôr um fim a todas as mortes evitáveis de mulheres, crianças e adolescentes e garantir o seu bem estar, aos 16 de setembro de 2015, a República de São Tomé e Príncipe tornou – se signatária da Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2016 - 2030. Assim, o governo de STP comprometeu-se em lidar com os factores que contribuem para a desigualdade com vista a garantir que os direitos humanos estejam no centro da estratégia de SRMNIA, na melhoria da qualidade e o acesso equitativo aos serviços de SRMNIA bem como trabalhar com todos os sectores com impacto na saúde, tais como igualdade de género, educação, empoderamento das mulheres e raparigas, educação, nutrição, água e saneamento e higiene.

É nesse contexto que se inscreve a elaboração da estratégia integrada de Saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil, adolescente e nutrição de São Tomé e Príncipe.

1.2 PROCESSO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO DE SRMNIA

O desenvolvimento do Plano Estratégico de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil, e do Adolescente e Nutrição (SRMNIA_N) 2019-2023, decorre na sequência da avaliação integrada dos programas nacionais de SRMNIA_N realizada em São Tomé, em outubro de 2017, em que foram usadas as ferramentas integradas de revisão do programa SRMNIA_N da OMS, que permitiram coletar dados sobre o estado de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente, incluindo sobre a disponibilidade, acessibilidade, procura, demanda e qualidade dos serviços através de uma revisão documental e visitas de campo. Deste modo foram identificados

os principais problemas de saúde materna, neonatal, infantil e do adolescente e as lacunas na prestação de intervenções essenciais, e foram propostas soluções e recomendações para melhorar a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição.

O processo de desenvolvimento do Plano Estratégico SRMNIA_N foi alinhado ao PNDS 2017-2021 e irá contribuir para a realização do mesmo.

Tanto o processo de revisão dos programas da SRMNIA-N como o de desenvolvimento do plano estratégico, seguiram uma metodologia baseada numa abordagem participativa envolvendo todos os actores dos programas da SRMNIA-N, tais como representantes de diferentes programas e direcções do Ministério da Saúde, incluindo os distritos, e os parceiros técnicos e financeiros. É com base nos resultados da avaliação e da discussão com as várias partes interessadas que os objetivos e as intervenções estratégicas foram definidos para a nova Estratégia SRMNIA_N 2019-2023

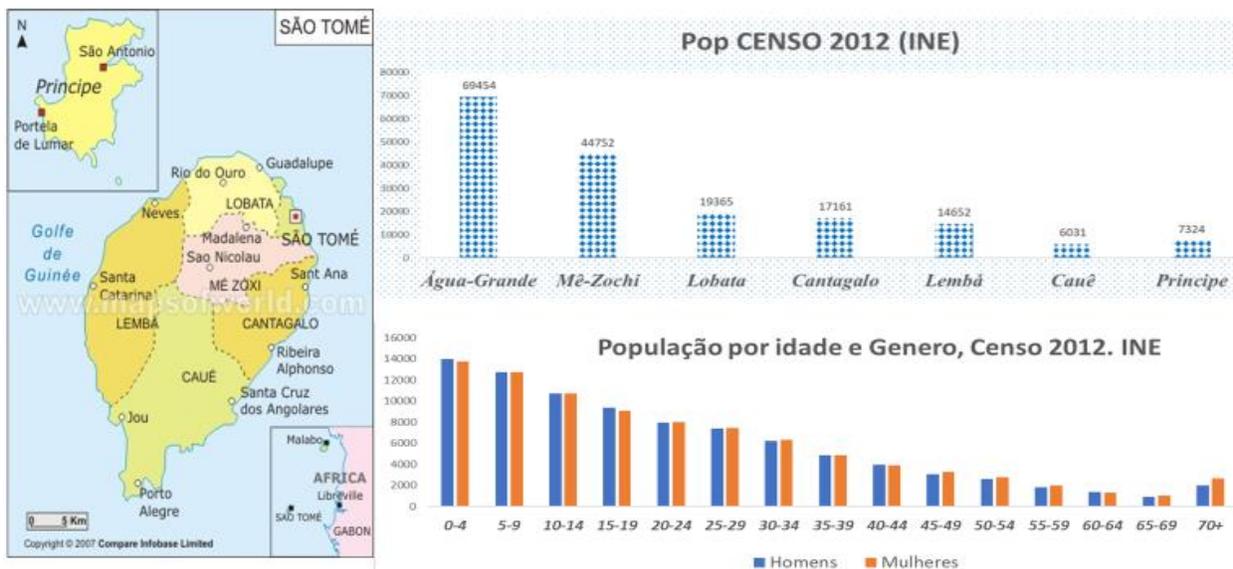
2 CAPÍTULO 2: INFORMAÇÃO GERAL

2.1 CONTEXTO GEOGRÁFICO E POPULAÇÃO DE STP

São Tomé e Príncipe é um país insular situado no Golfo da Guiné a 250km da costa de África, atravessado pela linha do Equador e constituído por duas ilhas principais, São Tomé (859 km²) e Príncipe (142 km²).

Do ponto de vista administrativo, o país é dividido em 4 Regiões: a **Região Norte** (Distritos de Lobata e Lembá), a **Região Centro** (Distritos de Água Grande e Mé-Zóchi), a **Região Sul** (Distritos de Cauê e Cantagalo), e a Região Autónoma de Príncipe (**RAP**).

Em 2012, a população total do país foi de 178 739 habitantes (RGPH 2012), o que corresponde a uma densidade populacional de cerca de 184 habitantes por km², com uma taxa de crescimento



anual da população em 2,45%. Os distritos mais populosos são Água Grande e Mé-zóchi representando 64% da população total do país (Figura 1 acima).

As crianças representam 44,9% da população e dessas, 34% tem entre 0 e 6 anos, 36% representam crianças de 6 a 11 anos e 30% são adolescentes de 12 a 17 anos.

A população urbana representa 68% e a rural 32%, a esperança média de vida à nascença situa-se nos 68.6 anos para as mulheres e 64.1% para os homens (IDH 2016).

2.2 CONTEXTO POLÍTICO E ECONÓMICO E SOCIAL

De acordo com a Constituição de 10 de Setembro de 1990, revista em 2003 e em vigor desde 2006, o país é uma democracia parlamentar com um sistema semi-presidencialista em que o poder executivo é exercido pelo primeiro-ministro, que é o chefe de Governo e compartilha com o Presidente da República certas esferas de poder, como relações internacionais, diplomacia e defesa nacional.

A economia sãotomense, como a de outros Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID), é altamente limitada pela insularidade do país, sua fragilidade e pelos recursos limitados. Isso resulta em extrema vulnerabilidade a choques externos e forte dependência da Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD), que financia mais de 90% das despesas de investimento (média de 93,6% em relação ao período de 2012-2015). O sector terciário, em grande parte informal, representa quase 60% do PIB e emprega 60% da população activa, enquanto os sectores primário e secundário contribuem cada um com 20% do PIB, de acordo com dados mais recentes.

Durante o período de 2010 a 2014, o país registou uma tendência positiva no crescimento económico, com uma taxa média de crescimento de 4% do PIB. De acordo com as projecções do FMI, este crescimento irá oscilar entre 5% e 9% entre 2015 a 2020. Segundo o Banco Mundial, São Tomé e Príncipe tem um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 1730 USD (estimado em 2016). As despesas totais de saúde diminuíram ao longo dos anos representando apenas 7,4% do PIB em 2014 e 5,6% em 2015. São Tomé e Príncipe tem um IDH para 2017 de 0,589 - o que coloca o país na categoria de desenvolvimento humano médio - posicionando-o em 143 de 189 países e territórios.

Apesar do desempenho macroeconómico dos últimos anos, os níveis de pobreza e a desigualdade social mantêm-se como problemas a serem ultrapassados. De acordo com o Inquérito ao orçamento familiar (IOF) realizado em 2010, cerca de 66,2% da população vive numa situação de pobreza absoluta, afectando mais as mulheres (71,3%) do que os homens (63,4%). Os distritos com taxas de pobreza superiores a 70% (Caué, Lembá, Príncipe) só explicam 19% da pobreza nacional. Em contrapartida, os distritos de Água Grande, de Mé-Zóchi e de Lobata que albergam 74,1% da população total do país, contribuem com 71,2% da pobreza nacional. O aumento da população e o estado de pobreza levaram as populações rurais a migrarem para as zonas urbanas. Segundo o RGPH 2012, a taxa de desemprego ao nível nacional é de 13,6%, atingindo principalmente as mulheres (59%). Dados do INE 2014, revelam que 69% da população desempregada do país está

concentrada na faixa etária dos 15 a 34 anos, sendo os jovens de 15 a 24 anos os mais afetados (32,7%)

Tabela 1: Indicadores de base de STP

Grupo de rendimento de acordo com a classificação do Banco Mundial	Pais de rendimento médio de nível inferior
INDICADORES DE SAÚDE ACTUAIS	
População total (ano)	178.739 – INE 2012
% da população com menos de 15 anos (ano)	48% INE 2012
% da população acima de 60 anos (ano)	3,8% INE 2012
Esperança de vida à nascença (ano) Total, Masculino, Feminino	72 anos (total), 2012 Masculino 68 Feminino 76
Número de habitantes por médico (ano)	3,2 /10 000 habitantes (PNS 2012)
Número de habitantes por enfermeiro	27/10 000 (PNS 2012)
Despesa total da saúde em % do PIB (ano)	7,1% 2015
Taxa (%) alfabetização de adultos (15 anos e +) (ano)	87,7% 2010
População que utiliza uma fonte melhorada de água potável (%) (2014)	94% 2014
População que usa instalações sanitárias melhoradas (%) (ano)	42% 2014
Classificação no desenvolvimento relacionado com o género, em 160 países (ano)	131 (IDH 2018)
Classificação no Índice de Desenvolvimento Humano, em 189 países (2017)	143 (IDH 2018)

O Índice 2017 de Desigualdade de Género de 0,538, classifica STP em 131 de 160 países, sendo que 18,2% dos assentos parlamentares são ocupados por mulheres, e 31,1% das mulheres adultas atingiram pelo menos um nível secundário de educação, em comparação com 45,2% dos seus homólogos masculinos.¹

92% das mulheres jovens de 15-19 anos são alfabetizadas, contra 86% dos 20-24 anos de idade. Não existe praticamente diferença em relação aos homens jovens. A taxa de frequência líquida no ensino básico é semelhante em ambos sexos (94,1%) e para as crianças de áreas urbanas e rurais e das diferentes regiões. Apenas 60% das crianças frequentam o ensino secundário, e desses, 55% são meninos e 65% meninas. De referir ainda as disparidades entre o meio urbano (62,5%) e rural (56,0%) e entre as crianças mais pobres (42,2%) e as mais ricas (82,4%)².

¹ Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update, UNDP

² MICS 2014

Segundo o IOF 2010, 74% dos agregados familiares tem acesso aos serviços de saúde a 30 minutos ou menos de distância embora existam discrepâncias entre zonas urbanas (87%) e zonas rurais (59%).

Os principais desafios sanitários que o país enfrenta a médio prazo são, entre outros:

- A fraqueza da formação no sector da saúde, com a agravante da fuga de cérebros, o que limita o número de médicos, enfermeiros, parteiras e especialistas;
- Insuficiente acesso ao saneamento básico e água potável das escolas e centros de saúde das zonas rurais do país;
- Baixo desenvolvimento das capacidades nacionais a todos os níveis;
- Baixa capacidade do país para mobilizar recursos nacionais adequados, o que explica a forte dependência da ajuda externa para financiar programas e actividades sanitárias.

2.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

A Lei Base de Saúde, Lei n.º 09/2018 recentemente publicada, prevê a divisão administrativa do Sistema de Saúde estruturada em dois níveis: **Regional e Central**.

Assim, o Sistema de Saúde está organizado em 4 áreas de saúde, a *Área de Saúde da Região Norte* (distritos de Lobata e Lembá), a *Área de Saúde da Região Centro* (distritos de Água Grande e Mé-Zochi), a *Área de Saúde da Região Sul* (distritos de Caué e Cantagalo) e a *Área de Saúde da Região Autónoma do Príncipe* (distrito sanitário do Príncipe).

O nível **Central**, de cobertura nacional tem competências político-estratégicas, de condução da política geral e sectorial, afetação de recursos, coordenação da cooperação técnica e padronização de procedimentos e condutas no alinhamento estratégico do programa do governo e as suas opções.

A definição da Política de Saúde está a cargo do Governo.

As áreas distritais de Saúde, estão vocacionadas para prestação dos cuidados primários e secundários de Saúde.

Os cuidados terciários de saúde são prestados no Hospital Dr. Ayres de Menezes de São Tomé.

O Serviço Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministério da Saúde que o administra, em todo o território nacional.

Em cada Região de Saúde existe um corpo Administrativo de Saúde, em cujo topo coexistem o Director Clínico da Área e o Coordenador dos Serviços Administrativos e Financeiros da mesma área.

Na Região Autónoma de Saúde, existe uma Administração Regional de Saúde, estruturada em moldes a responder às preocupações com os cuidados primários, secundários e terciários.

As Administrações Regionais de Saúde são responsáveis pela saúde das populações das respectivas áreas geográficas, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis (primário, secundário e terciário) e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde.

O Sector Público de Saúde (SPS), integrado pelo conjunto articulado e desconcentrado de órgãos, serviços e estabelecimentos de saúde, centrais, regionais e locais, tem uma administração central e uma estrutura desconcentrada. A desconcentração do Sector Público de Saúde faz-se essencialmente através das Áreas de Saúde.

A sua composição é a seguinte.

- a. O SPS compreende a totalidade dos estabelecimentos de natureza pública dependentes do departamento governamental responsável pela área da Saúde, a quem compete assegurar os cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação respeitantes à saúde, a saber:
 - i. Hospital Central;
 - ii. Hospital Regional. (Lei base de Saude 6/2018)
- b. Áreas Regionais de Saúde e os estabelecimentos delas dependentes, designadamente Centros de Saúde e Postos de Saúde;
- c. Outras estruturas públicas que intervêm no domínio da saúde a nível nacional e regional.

As unidades privadas de saúde não integram o Serviço Nacional de Saúde, porém, devem em especial, colaborar e actuar em articulação com os programas do Serviço Nacional de Saúde.

Actualmente o país conta com 38 unidades sanitárias dentre as quais 6 centros de saúde, 30 postos de saúde, 2 centros de saúde reprodutiva, 1 hospital central que é o único hospital de referência e 1 hospital regional Manuel Quaresma Dias da Graça na RAP e 22 postos comunitários de saúde e também com algumas infra-estruturas sanitárias privadas.

- O Hospital Dr. Aires de Menezes, é o hospital de referência para todo o país, e presta cuidados de saúde de nível secundário e terciário. É também o hospital-escola para a formação de técnicos de saúde recém-formados.
- O Centro de Saúde integra um médico de clínica geral e dispõe também de uma unidade de internamento.
- Os Postos de saúde recebem apoio e supervisão do centro de saúde. As suas actividades são executadas sob a responsabilidade directa de um enfermeiro geral e da equipa de distrito que aí se desloca periodicamente.

- Os Postos de Saúde Comunitária (PSC) pertencem às comunidades rurais e recebem apoio para a prestação de cuidados elementares e de primeiros socorros e garantirem a promoção da saúde.

A **relação dos profissionais da saúde por habitantes** melhorou bastante apesar de a distribuição pelo País não ser equitativa porque os médicos e enfermeiros estão concentrados na capital, e muitos deles trabalhando nos programas de saúde, na administração e nas organizações internacionais³. Em 2011, o rácio médico / habitantes e enfermeiros / habitantes rondava respectivamente 32 e 226 para 100.000 habitantes.

O quadro nacional de RH até o primeiro semestre de 2017, é constituído por 1338 profissionais da Saúde, dos quais, 413 enfermeiros (40 licenciados e 10 especialistas), 87 médicos (15 são especialistas), 200 técnicos de apoio ao diagnóstico (30 licenciados e 5 especialistas), 100 técnicos administrativos (40 são licenciados e 5 são especialistas)⁴. No entanto, a fraca motivação do pessoal no trabalho devido principalmente às condições precárias de trabalho e a falta de incentivos e a disparidade salarial tem tido um impacto negativo na qualidade dos serviços prestados. Por outro lado essa melhoria deve-se em parte a assistência técnica internacional (Cuba, China e Portugal), o que constitui mais um factor de vulnerabilidade do sistema nacional de saúde.

Até então, o Fundo Nacional de Medicamentos (Decreto n.º 52/98) é a instituição responsável pela compra, venda e distribuição de medicamentos a nível nacional. De acordo com a lei base de saúde prevê-se a instalação da “**Autoridade de Medicamentos**” – entidade responsável pela actividade farmacêutica que abrange produção, fiscalização, importação, distribuição e comercialização de medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos;

Financiamento da Saúde: o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é altamente dependente do apoio externo. Aproximadamente 40% do financiamento dos Programas e das actividades de saúde são assegurados pela contribuição de parceiros. Em 2016, foram apresentados os resultados do 1º estudo sobre as contas nacionais de saúde referentes ao ano fiscal 2012 – 2013, onde as despesas públicas de saúde representaram 12% das despesas totais do estado no ano 2013.

A **informação sanitária** produzida faz-se a traves do sistema de rotina e dos inquéritos e pesquisas de saúde. O actual Sistema de Informação de Saúde (SIS) carece de melhoria em termos de funcionamento e de coordenação, o que resulta na existência de sistemas paralelos, dados de baixa qualidade e não analisados. Está em curso a Reestruturação do SIS que prevê, entre outras acções, a instalação de uma plataforma via web que irá facilitar o acesso aos dados e a integração de demais programas

Em termos de inovação e com o apoio da cooperação portuguesa, o Ministério da Saúde introduziu recentemente a ciber saúde e a telemedicina no HAM para essencialmente tratar dos casos complicados de doença respondendo assim a carencia de médicos especialistas.

³ Perfil sanitário de STP, 2015

⁴ PNDS 2017 - 2021

3 CAPÍTULO 3. SITUAÇÃO DA SRMNIA EM STP

3.1 QUADRO INSTITUCIONAL E ORGANIZACIONAL DOS PROGRAMAS DE SRMNIA_N

A Direcção dos Cuidados de Saúde (DCS) é o sector do Ministério da Saúde responsável pela programação, gestão e supervisão dos programas de cuidados primários de saúde, sob a liderança da qual estão os programas de Saúde Sexual e Reprodutiva (PSSR), Nutrição e Saúde escolar.



O programa de saúde sexual e reprodutiva e o programa de vacinação funcionam de forma integrada e estão sob tutela da Direcção dos Cuidados de Saúde

Alojados no Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva ao nível central, estão os seguintes sectores: i) Saúde infantil ii) Vacinação, iii) Saúde materna, incluindo planeamento familiar (PF), iv) Planificação, v) Saúde dos adolescentes, vi) Serviços de administração e vii) Apoio comunitário. (Ver Organograma ao lado).

O programa PSSR é composto por uma unidade central coordenada por um gestor, e, sub-unidades ao nível dos 6 Distritos e da Região Autónoma do Príncipe, considerada também como distrito sanitário. Portanto, todos os distritos têm um ponto focal para o PSSR, que é supervisionado pelo médico-chefe do distrito.

O Programa Nacional de Nutrição (PNN) é coordenado por uma nutricionista e cada distrito dispõe de 1 nutricionista ou 1 técnico de nutrição. Neste momento, o país conta com 6 nutricionistas e 7 técnicos de nutrição.

O atendimento das mães, crianças e adolescentes é feito nas unidades sanitárias de primeiro nível, no ambulatorio, combinando consultas de pré-natal, pós-natal, consulta de saúde infantil e atendimento ao adolescente e nos serviços de pediatria hospitalar. Os partos são realizados nas

maternidades dos centros de saúde e dos hospitais. O único centro de reabilitação nutricional encontra-se no HAM.

Todos os centros de saúde distritais com a exceção do centro de saúde de Água Grande têm unidade de internamento e maternidade e prestam cuidados essenciais básicos de SRMNIA.

Os postos de Saúde (PS), constituem extensão de CS do qual recebem apoio e supervisão. As suas actividades são realizadas sob a responsabilidade directa de um enfermeiro geral e da equipa de distrito que aí se desloca periodicamente.

As áreas de saúde distritais e os agentes de saúde comunitária têm tido um papel fundamental na implementação das actividades e na sensibilização e comunicação da população, não só ao nível do programa como também no âmbito da vigilância integrada das doenças e resposta.

Os cuidados de saúde são gratuitos para as crianças menores de 5 anos, as grávidas e para as 3 doenças prioritárias que são: o paludismo, a tuberculose e o VIH/SIDA.

Os serviços estão disponíveis em todos os Postos e Centros de Saúde de todos os Distritos.

As estratégias de vacinação de STP compreendem:

- 1) Estratégia fixa nos Postos e Centros de Saúde,
- 2) Estratégia móvel, realizada pelas equipas móveis que atendem os alvos das zonas periféricas de difícil acesso, permitindo uma melhoria da oferta dos serviços.

Principais actores em prol da SRMNIA_N.

O Ministério da Saúde, através dos programas nacionais de Luta contra o Paludismo e VIH/SIDA, para a implementação integrada de intervenções de saúde materna e infantil incluindo actividades de supervisão.

O Ministério de Educação, para a formação e seguimento dos professores, formação de educadores de pares, dos diretores de turmas e professores de educação física e dos pais e encarregados de educação, principalmente na area de SSR.

O Hospital Dr. AYres de Menezes, é o hospital de referência para todo o país, e presta cuidados de saúde de nível secundário e terciário. É também o hospital-escola para o estágio de técnicos de saúde recém-formados.

O Instituto Superior de Ciências de Saúde Victor Sá Machado é a única instituição de formação de profissionais de saúde ao nível nacional, que forma enfermeiros de nível básico, técnicos de laboratório, de farmácia, radiologia e estatísticos sanitários.

Entre os parceiros internacionais estão:

- As agências das Nações Unidas, principalmente a OMS, UNICEF e UNFPA.
- A União Europeia que, no âmbito do projecto de fortalecimento dos Serviços de Obstetrícia e Neonatais de Urgência (SONU), disponibilizou € 1.7 milhões para 2012-2016. O programa é

implementado pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, o Instituto Superior de Ciências de Saúde, sob assistência técnica do UNFPA. Foram formados parteiras e anestesistas, reabilitadas e equipadas maternidades dos centros de saúde distritais e reforçado o sistema de referência e contra referência ao nível distrital.

- A Aliança GAVI, que financia uma parte importante do programa de vacinação de São Tomé e Príncipe. Nos 2 últimos anos o programa introduziu novas vacinas, nomeadamente a VPI, Rotavírus, Rubéola/Sarampo combinado, e está em via de introduzir a vacina HPV a nível nacional
- O Fundo Global (FG) financia a maior parte das intervenções no país para o controlo do paludismo, do VIH/SIDA e da tuberculose, incluindo campanhas permanentes para a mudança de comportamento assim como a pulverização intradomiciliar e actividades de entomologia
- Para os próximos anos tanto o Fundo Global como a Aliança GAVI irão reduzir drasticamente o apoio financeiro, o que põe em risco a consolidação dos ganhos obtidos até o momento nessas áreas
- Durante o período em análise, STP beneficiou também do apoio do Governo da China-Taiwan para o Programa de pulverização intradomiciliar no quadro da luta contra o paludismo
- As ONGs: ASPF, Saúde para Todos e HELPO (esta última apoia actividades de nutrição principalmente a nível comunitário).

3.2 SITUAÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL E DO ADOLESCENTE E NUTRIÇÃO

A revisão dos programas SRMNIA_N realizada em outubro de 2017, tinha como objectivo avaliar os progressos da implementação dos programas SRMNIA_N, incluindo a capacidade das instituições em acompanhar e facilitar o desempenho dos ditos programas para que fossem atingidos os resultados previstos. O IDS 2009 e o MICS 2014 constituíram as fontes principais de dados bem como alguns relatórios de inquéritos na ausência de dados do sistema de informação de rotina.

A compilação, análise e triangulação dos dados disponíveis permitiram avaliar a situação da SRMNIA_N em termos de progresso, estagnação ou regressão, os indicadores do estado de saúde das mulheres, crianças e adolescentes em STP e dos indicadores de disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços essenciais bem como a resposta dada pelo governo em termos de investimento no sistema de saúde para que esses grupos alvo da população tivessem acesso aos serviços de saúde de que necessitam.

As principais constatações e conclusões da revisão dos programas SRMNIA_N se encontram descritos mais abaixo. Os dados disponíveis indicam que o estado de saúde das mulheres, recém-nascidos, crianças menores de 5 anos bem como a situação nutricional dos mesmos sofreu melhorias notáveis no período compreendido entre 2009 e 2014, embora para alguns indicadores o desempenho não tenha sido satisfatório como indicado na tabela 2

Os indicadores de impacto disponíveis (Rácio da Mortalidade Materna, Taxa de Mortalidade Neonatal, Mortalidade Infantil, Gravidez na Adolescência, Prevalência de Anticoncepcionais e Necessidades de Necessidade Não Satisfeitas) são do MICS de 2014. Este facto torna difícil de certa maneira dar as informações completas sobre os resultados esperados em 2016 / 2017.

Tabela 2: Evolução de alguns indicadores de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil no período de 2009 à 2014, São Tomé e Príncipe.

Indicador	IDS, 2009	MICS, 2014
Rácio da mortalidade materna	158/100 000 NV	74/100 000 NV
Taxa de mortalidade neonatal	18/1000	22/1000
Taxa de mortalidade infantil	38/1000	38/1000
Taxa de mortalidade em crianças < 5 anos	64/1000	45/1000
Taxa de gravidezes nas adolescentes (15-19 anos)	22,8%	27.3%
Taxa prevalência contraceptiva	33,4%	40.6%
Necessidades não satisfeitas de contraceção	37,8%	32,7%

Entre os indicadores que melhoraram destacam-se o índice sintético de fecundidade (IDS 2009 - 4,9%, MICS 2014 - 4,4%), a taxa de prevalência contraceptiva que passou de 33,4% a 40,6%, a razão de mortalidade materna, que sofreu uma redução de 53%, e a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos que diminuiu em 30% no período.

Os Indicadores de Mortalidade

- **Mortalidade materna.**

O **rácio de mortalidade materna** apresentou progressos consideráveis passando de 158,3 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos (EDS 2009) para 74 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2014, mas a redução não foi suficiente para cumprir com o ODM 5 que era de reduzir de três quartos, entre 1990 e 2015 a mortalidade materna. No entanto, este indicador atingiu a meta estabelecida para 2016 no plano de SR que era de menos de 100 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Os dados do MICS 2014 reportam, no período de 7 anos anterior ao inquerito,

apenas 3 casos de mortes maternas dos quais 2 na faixa etária 15 – 19 anos e 1 no grupo dos 25 – 29 anos.

Em valor absoluto, o número de mortes maternas entre 2014 e 2017 é de 2 a 3 mortes por ano. Nesse mesmo período, e de acordo com as estatísticas sanitárias referentes ao programa de SR, foram registados 10 óbitos maternos, cuja principal causa foi a hemorragia, representando 60%. (Figura 2). As práticas inseguras de aborto actualmente em crescimento no país, representam um importante contributo para a mortalidade materna.

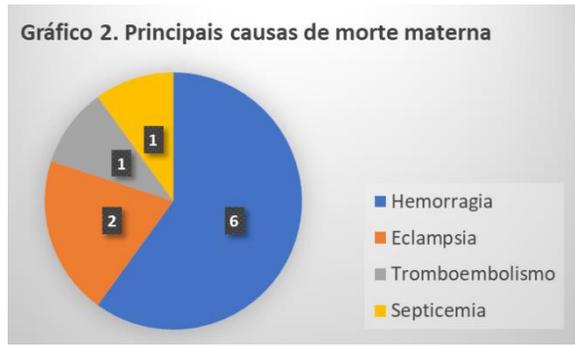


Figura 2. Principais causas de morte materna

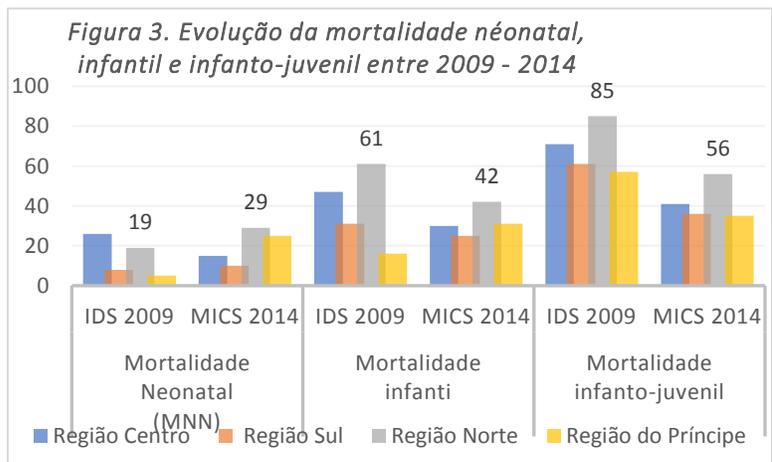
A taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos diminuiu em 28% no período, passando de 64

por mil nados vivos (64‰) em 2009 para 45 por mil nados vivos em 2014. Esta redução significativa da mortalidade infanto-juvenil aconteceu em todas as regiões. Visto que não tinha sido estabelecida nenhuma meta para 2016, não foi possível verificar/concluir se sim ou não a meta foi atingida.

Entre os factores que podem ter contribuído para a redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos assinala-se: uma boa cobertura dos serviços de vacinação e a implementação da estratégia AIDI, a capacitação regular do pessoal de saúde em AIDI e também a diminuição da incidência da malária no país.

Na figura 3 nota-se que as **taxas de mortalidade neonatal e infantil** não registaram melhoria no período em análise. Pelo contrário, a mortalidade neonatal passou de 18 em 2009 para 22 por 1.000 nascidos vivos em 2014 e a mortalidade infantil de 38 por 1.000 nascidos vivos foi a mesma em 2009 e 2014. De referir ainda que, de forma geral, houve a mesma tendencia no conjunto das regiões do país.

Tanto a mortalidade neonatal como a taxa de mortalidade infantil na Região Autónoma de Príncipe parecem ter-se agravado (passando respectivamente de 5‰ em 2009 para 25‰ em 2014, e de 16‰ para 31‰ em 2014. A mortalidade neonatal também agravou-se na região sul e na região norte.



A chegada tardia das parturientes às maternidades e a possível sobrecarga do pessoal técnico (médicos e enfermeiras/parteiras) pode estar na origem do aumento da mortalidade neonatal, cujas causas principais apontadas são a asfixia e a infecção neonatal. A gravidez precoce é outro factor de risco para a sobrevivência neonatal.

Um facto é que a gravidez começa cedo em São Tomé e Príncipe. Apesar do **índice sintético de fecundidade** ter registado uma pequena melhoria passando de 4,9%, em 2009 (IDS) para 4,4% em 2014 (MICS), estima-se que 16 % das mulheres de 15-19 anos já tenham tido um parto, 5% estão grávidas de seu primeiro filho e quase 1% teve um nado vivo antes dos 15 anos.

O alto peso da mortalidade neonatal na mortalidade dos menores de cinco anos, 41,9% sugere a necessidade de uma atenção sustentada e prioritária em intervenções para acelerar a redução da mortalidade neonatal.

A taxa de prevalência contraceptiva aumentou de 33,4% a 40,6%. O método mais popular é a pílula que é usada por 15% das mulheres casadas, seguido da injeção, usada por 12% das mulheres casadas, enquanto que o preservativo masculino é usado por 5% delas. Embora tenha melhorado, a taxa de prevalência contraceptiva ainda não alcançou níveis considerados de satisfatórios. Isso pode dever-se à fraca adesão das mulheres aos diversos métodos contraceptivos devido aos tabus e preconceitos que ainda subsistem. Por outro lado, tem-se a impressão de que as actividades de comunicação para a mudança de comportamento ainda não atingiram a intensidade desejada. É de salientar que a necessidade não satisfeita em planeamento familiar diminuiu de 37% para 32,7%, e varia de 21% na Região Autónoma de Príncipe a 36% na Região Centro Este ⁵.

Nota-se ainda que as adolescentes são menos propensas em utilizar a contracepção do que as mulheres mais velhas. Segundo o MICS de 2014, cerca de 30% das mulheres de 15-19 anos casadas ou em união usam actualmente um método de contracepção, contra 24,2% em 2009.

Indicadores de morbidade

O relatório de 2013 da “promise Renewed Progress Report” mostrava que em São Tomé e Príncipe, quase metade (48%) dos óbitos em crianças de 1 a 59 meses foram ocasionados por doenças evitáveis e tratáveis, sendo a pneumonia a primeira causa, com 22% dos falecimentos, seguido de diarreia e do paludismo, cada um responsável de 13% dos falecimentos. Dado os sucessos recentes na luta contra o paludismo no País, o padrão epidemiológico irá certamente mudar, tornando a pneumonia e a diarreia, as duas principais causas de morte em menores de 5 anos.

Paludismo.

Em matéria de controlo e tratamento do paludismo, STP é um dos pioneiros em África com boas práticas apresentadas neste domínio. Mesmo assim a doença ainda apresenta grandes desafios para o sistema nacional de saúde. O programa nacional de luta contra o paludismo demonstra o engajamento do governo, assistido por vários parceiros técnicos e financeiros, para a integração

⁵ MICS 2014

de várias medidas de prevenção (controlo vectorial), tratamento, diagnóstico, comunicação para a mudança de comportamento, capacitação institucional, controlo ambiental, monitorização e avaliação, que conseguiram nos últimos anos reduzir os níveis epidemiológicos da doença.

São Tomé e Príncipe tem vindo a alcançar resultados satisfatórios no que diz respeito a morbilidade e a mortalidade atribuídas ao paludismo. A incidência anual do paludismo passou de 411,6 à 12,5 casos por 1000 habitantes de 2001 à 2017 e o número de óbitos de 180,2 para 0,5 óbitos por 100 000 habitantes, no mesmo período. A taxa de positividade média nacional das lâminas é de 2,7%. Os maiores de 5 anos são os mais afectados.

Estes excelentes resultados foram alcançados graças a intensificação das intervenções integradas de luta, nomeadamente a distribuição de rotina e em massa de mosquiteiros impregnados com insecticida de longa duração, a pulverização intradomiciliar e o tratamento de criadores larvares, a intensificação da vigilância epidemiológica e resposta, o diagnóstico precoce e o tratamento correcto dos casos usando terapias combinadas à base de artemisina.

Estes resultados colocaram o país na lista dos países passíveis de eliminar o paludismo até 2025. No entanto, o país registou nos últimos anos uma tendência para o aumento de casos de paludismo, com registos de alguns surtos. Em 2018, da semana 1 a semana 34, um total de 2279 casos foi registado em relação aos 1981 casos do mesmo período do ano anterior. A incidência ao nível nacional é de 11,3 / 1000 habitantes, em comparação com 8,6 / 1000 habitantes no mesmo período do ano anterior. Nos distritos a incidência é a seguinte: Agua Grande 14,2 / 1000 habitantes, Mézochi 12,1 / 1000 habitantes, Caué 12,9 / 1000 habitantes, Cantagalo 9,8 / 1000 habitantes, Lembá 8,5 / 1000 habitantes, Lobata 5,7 / 1000 habitantes e RAP 1,8 / 1000 habitantes. Os maiores de 5 anos são os mais afectados. Nenhum óbito foi registado durante esse período. Este aumento de número de casos pode estar relacionado com o relaxamento das medidas de prevenção associado à mudança climática e a perda da imunidade e a insuficiente utilização das medidas de prevenção.

VIH/SIDA.

Os dados mais recentes mostram a tendência à redução da epidemia. As novas infeções tiveram uma taxa de incidência de 0.6% em 2013 (relatório ONU/SIDA 2014). Atualmente STP possui uma epidemia de baixa prevalência; na população entre os 15 e os 49 anos a taxa de incidência passou de 1,5% em 2008 para 0,5% em 2014 e dos 15 aos 24 anos passou de 0,8% em 2008 para 0,1% em 2014. Dados do programa nacional indicam que a prevalência do VIH durante estes anos não ultrapassa 0,6%, sendo em 2016 0,2% e 0,3% em 2017.

Segundo dados de 2015, a taxa de prevalência de **VIH nas grávidas** tem vindo a reduzir ao longo dos anos, com um decréscimo de 1,5% em 2005 para 0,2% em 2015. A taxa de **transmissão de VIH nas crianças** nascidas de mães infetadas foi de 3.18% em 2016. (PUDR, mars 2017).

Nota-se um aumento na taxa de cobertura terapêutica ARV que passou de 48% em 2011 para 72,7% em 2015. A mortalidade apresentou tendência crescente de 2011 para 2014 (de 25 casos para 41), contudo tem vindo a diminuir, apresentando 36 casos em 2016. Caué e Lembá são os distritos mais afetados. Entre as causas são citadas: diagnóstico tardio; co-infeção TB/VIH (11% de mortes em 2016); e baixa adesão aos tratamentos ARV.

Anemia.

Quase **metade das mulheres** (47%) são anêmicas: anemia ligeira em 35 por cento dos casos, moderada em 10 por cento e grave em 1 por cento. Há diferenças importantes entre os grupos sócio-demográficos. Há uma maior prevalência de anemia nas **grávidas** (61%) do que nas mulheres não-grávidas (46%). Mais de **três grávidas em dez** (32%) têm anemia moderada, em comparação com 8% nas mulheres não-grávidas. Nos grupos de **15-19 anos**, 55 % são anêmicas. Existem diferenças notáveis dependendo do nível do ensino, com uma prevalência de 57% naquelas sem educação formal e de 32% naquelas com nível secundário.

Mais de **seis em cada dez crianças** (67%) na faixa etária de 6-59 meses sofrem de anemia, tendo a Região Autónoma de Príncipe uma prevalência mais elevada com 72%.

A percentagem de crianças <5 anos com **Hipovitaminose A** (nível de retinol sérico) em 2010 foi de 16,5%⁶ não havendo, no entanto, elementos para avaliar o progresso desse indicador.

Disponibilidade e acesso aos serviços e cuidados essenciais de qualidade para a SRMNIA_N

Os cuidados de saúde para a mulher ao longo dos cuidados contínuos de saúde abrangem aqueles no período de pré-concepção, os cuidados pré-natais, durante o parto, no pós-parto e os cuidados pré e pós menopausa.

❖ Período de pré-concepção

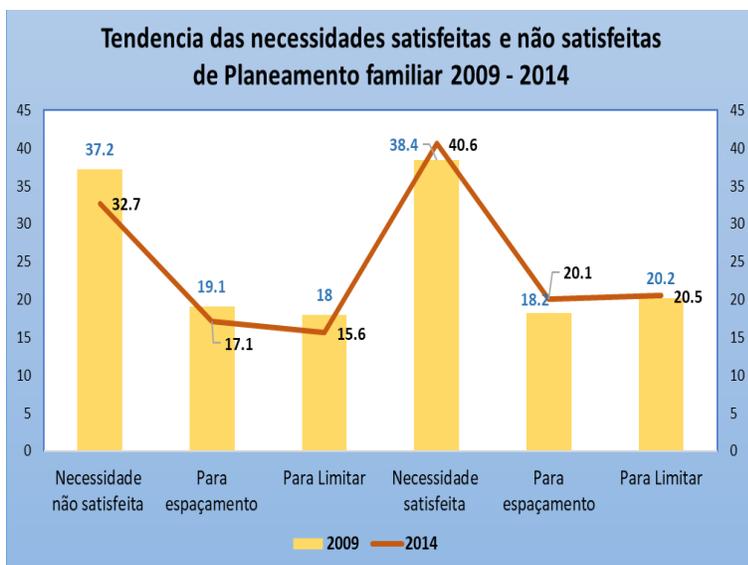
Planeamento Familiar:

Os serviços de Planeamento Familiar (PF) são gratuitos e oferecidos em todas as US, e também nas comunidades (contraceptivos orais, preservativos, injetáveis) pelos prestadores de serviço durante as brigadas móveis. Em todas as comunidades existem caixas de distribuição de preservativos Masculino e Feminino. Porém a percentagem de **procura de contraceção satisfeita é de 55,4%** apenas.

A **necessidade não satisfeita** de contraceção (*que refere-se às mulheres fecundas que estão casadas ou em união e não estão a utilizar qualquer método de contraceção, mas que desejam espaçar a gravidez ou não engravidar por completo*) diminuiu de 37% em 2009 para 32,7%, e varia de 21% na Região Autónoma de Príncipe a 36% na Região Centro Este (MICS 2014) (figura 4). Uma das razões poderá ser que os serviços não estão acessíveis todos os dias e uma outra, a deficiente qualidade na prestação de serviço PF (a falta de humanização por parte de prestadores de serviços bem como a falta de confidencialidade auditiva e visual em algumas unidades sanitárias).

Figura 4. Tendência das Necessidades satisfeitas e não satisfeitas de PF, 2009 - 2014

⁶ Estudo sobre a prevalência da Hipovitaminose A, 2010



A *necessidade satisfeita* (inclui mulheres casadas ou em união que estão a utilizar ou cujo parceiro está a utilizar um método contraceptivo), está estimada em 41% em todo o país. A fraca aderência das mulheres aos diversos métodos contraceptivos deve-se aos tabus e preconceitos que ainda subsistem. Por outro lado, existe uma certa resistência dos homens para a procura do serviço de PF e tem-se a impressão de que as actividades de comunicação para a mudança de comportamento ainda não atingiram a intensidade desejada.

Em 2014, o desejo de espaçamento é ligeiramente mais elevado em relação a 2009.

O pacote de **prevenção e luta contra o cancro do colo de útero** foi oferecido apenas em centros de saúde urbanos entre dezembro de 2011 e março de 2014, no âmbito de um estudo cujo objectivo era conhecer a prevalência e as características do vírus do Papilomavírus Humano (HPV) no país, para posteriormente introduzir a vacina contra o HPV em São Tomé e Príncipe. O vírus HPV foi detectado em 30% do total das amostras. 90% das amostras com HSIL (lesão intraepitelial de alto grau) e 100% das amostras com Carcinoma.

❖ Serviços e cuidados prenatais

Em São Tomé e Príncipe, a maioria dos cuidados pré-natais é prestada por enfermeiras e parteiras, incluindo nas comunidades pelas brigadas móveis, enquanto uma minoria de mulheres recebem cuidados de um médico, tanto nas áreas urbanas como rurais. Se 98% das mulheres são-tomenses fizeram **pelo menos uma consulta pré-natal** (cobertura da CPN 1 estável desde 2009), em 2014 somente 67% mulheres foram **a primeira consulta pré-natal no 1º trimestre**, ou seja, antes das 16 semanas de gravidez como recomendado pela OMS. As principais razões assinaladas são a insuficiência de informações sobre a importância da consulta pré-natal no 1º trimestre da gravidez e motivos de ordem sócio-cultural (dependência financeira do marido em alguns casos e o baixo rendimento da grávida; também foram referidos “vergonha de estar grávida”, médico ou enfermeiro de sexo masculino, proibições por parte dos homens, por parte do marido e da comunidade por falta de conhecimentos sobre a importância da CPN1);

A taxa de cobertura de **pelo menos 4 consultas pré-natais** foi de 72% em 2009 (IDS), passando para 84% em 2014 segundo o MICS; em 2017, os dados do inquerito de cobertura vacinal revelaram uma taxa de cobertura em 89%, ou seja, quase foi alcançada a meta estabelecida no plano de SR. Já os dados de rotina do Programa de saúde reprodutiva mostram uma tendência evolutiva relativamente estável desde 2012 (figura 6). As consultas pré-natais são gratuitas, não obstante, as discussões em grupos durante a avaliação do PSR, revelaram que as mulheres pagam

150.000 dobras (mais ou menos 6,7 USD) para o conjunto das análises obrigatórias (sangue, urina, fezes, exames ginecológicos)⁷. 73% das mulheres que vivem em agregados familiares mais pobres referiram quatro ou mais visitas pré-natais em comparação com 93% daquelas que vivem em famílias economicamente mais favorecidas; a tendência é espaçar as visitas para reunir o dinheiro para a consulta. Considerando o nível de pobreza no país em que 66,2% da população vive com menos de 30.071 dobras (cerca de 1,40 USD) por dia⁸, este facto poderá constituir um serio entrave para atingir a cobertura universal.

O período pré-natal é uma oportunidade importante para proporcionar às mulheres grávidas uma série de intervenções vitais para a sua saúde e o bem-estar de seus filhos.

- Segundo os dados do MICS de 2014, entre as grávidas atendidas na CPN, 96% relataram que uma amostra de sangue foi, 97% que a sua pressão arterial foi verificada e 96% que uma amostra de urina foi colhida.
- Os serviços de **PTMF** estão integrados na CPN e portanto disponíveis em todas as US. Assim, 100% das mulheres grávidas esperadas por ano são aconselhadas e submetidas ao teste do VIH e tratadas caso seja necessário, de acordo com as novas recomendações da OMS.
- A cobertura da PTMF aumentou passando respectivamente de 60,4% em 2012 (PNLS) para 96,3% em 2017. Em 2016, a taxa de cobertura da PTMF foi de 3,18%.
- O **despiste da sífilis** é feito principalmente na CPN, onde vem se registando uma diminuição constante da sua prevalência desde 2012, saindo de 1,6% em 2012 para 0,9% em 2016 (PNLS, 2017) (figura 5)
- Até agora era também realizado o despiste da Hepatite B na CPN mas foi recentemente suspenso devido a introdução da vacina ao nascer no calendario nacional de vacinação.
- Não ausencia de informação sobre a **suplementação de sal ferroso** nas grávidas no inquérito MICS de 2014, foi feita comparação com os dados administrativos que mostraram uma melhoria com 95% das grávidas recebendo a intervenção em 2016, em comparação aos 91% em 2009 (IDS), embora ainda esteja longe da meta de 98% prevista pelo Programa SR.
- No geral, 72% das mulheres e seus recém-nascidos foram protegidas contra o tétano, tendo aumentado em 38% a proporção de mães que receberam **TT2** + durante a gravidez.

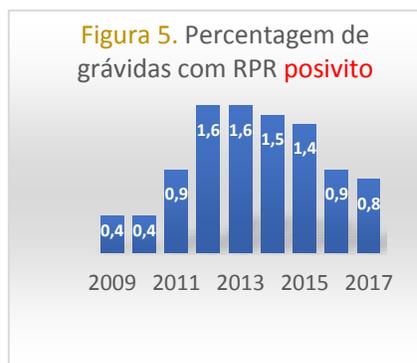


Tabela 3. EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE COBERTURA PRENATAL, NO PARTO E NO POSNATAL	IDS 2009	MICS 2014
Primeira CPN no 1º trimestre de gravidez	51%	67%
Proporção de mulheres que fizeram pelo menos uma consulta pré-natal	98%	97.50%

⁷ Análise da situação das crianças e das mulheres em STP em 2015, UNICEF 2016

⁸ INE, 2010

Proporção de mães que fizeram pelo menos 4 CPN	72%,	83.60%
Proporção de mães que receberam TT2 durante a gravidez	52.3%,	72.10%
Proporção de mulheres grávidas que dormiu sob MII	63%,	60.90%
Proporção de mulheres grávidas que receberam pelo menos 2 doses de TPI durante a gravidez	61.60%	58,2% (pelo menos 2 doses); 12% (> 3 doses).
Proporção de mulheres que receberam sal ferroso durante a gravidez	91%	2016 PSR - 95%
Parto institucional	78.80%	91%
Partos assistidos por um profissional qualificado.	82%	91%
Proporção de gravidez com cesariana .	5%	9.6%
Consulta pós-natal para a mãe dentro de 2 dias após o parto	37%	86.80%

Fazem parte das estratégias de redução e controlo do paludismo a **distribuição de MII** as grávidas, o que é feito na consulta prenatal de rotina, assim como a administração de Sulfadoxine + Perimétamine (SP) para o **tratamento preventivo intermitente** na grávida (TPIg), usando a estratégia sob observação directa (DOT).

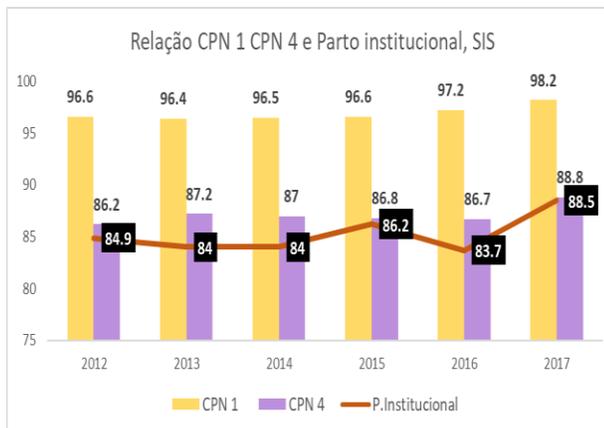
- Nota-se uma diminuição na cobertura de pelo menos 2 doses de TPI (IDS 2009 = 61.1%, MICS 2014= 58.2%); no entanto, os dados do Programa nacional de luta contra o Paludismo (PNLP) reportam uma cobertura de 67.7% em 2015. Ambas fontes relatam uma cobertura insuficiente para 3 doses ou mais, o que demonstra uma clara ausência de aplicação das normas de TPI.
- O uso dos MII baixou de forma geral na população, sendo de 61% em 2015, e de apenas 60% nas grávidas em 2014 (MICS), contra 63% em 2009 (IDS). Isto pode dever-se à rotura de stock dos MII ocorrido em 2014, mas também à outros factores, como a existência de preconceitos como “o mosquiteiro faz calor durante noite”.

❖ **Serviços e cuidados a volta do parto**

As mulheres em idade fértil representam cerca de um quarto da população e o número de gravidezes esperadas ronda os 5.000 por ano. A cobertura de **parto institucional** aumentou de 78.8% em 2009 para 91% em 2014 e 97% em 2017 (inquerito de cobertura vacinal). Quanto mais as grávidas tiverem contacto com as US maior é a probabilidade de elas terem o bebé na maternidade (Figura 6).

O inquerito MICS mostrou que 93,2% das grávidas que tiveram 4 CPN ou mais, tiveram parto numa US contra 83,4% que tiveram 3 ou menos CPN.

- A **atenção ao parto por pessoal qualificado** aumentou em 13%. Enquanto a cobertura nacional é de 92.5% em 2014, a Região Sul registou 82%. É também aí que 13% dos partos são assistidos por parteiras tradicionais. A diferença de cobertura entre o meio urbano (95%) e o meio rural (88%), explica-se pela concentração de pessoal qualificado



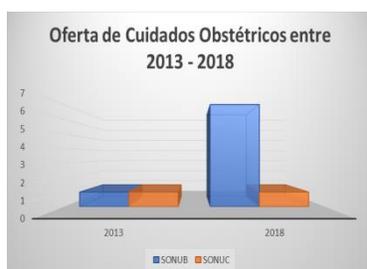
nas zonas urbanas.

Figura 6.

Relação entre as CPN e parto institucional

- Os **Serviços Obstétricos e Neonatais de Urgência Basicos (SONUB)** oferecendo também serviços de ecografia estão disponíveis em todos os distritos que têm maternidade (Lembá, Lobata, Caué (Porto Alegre e Angolares), RAP, HAM) e, recentemente, no distrito de Mé -Zochi. Cantagalo é o único distrito que não dispõe de maternidade.
- Os **Serviços Obstétricos de Urgência Completos (SOUC)** são prestados, por enquanto, apenas no HAM onde existe um bloco operatório, mas em breve o novo hospital da RAP irá também oferecer este pacote. O **banco de sangue** está disponível no hospital central (HAM) e foram criadas condições para mais dois, respectivamente no distrito de Caué e na RAP.
- A **taxa de cesariana** evoluiu favoravelmente atingindo 9.6% em 2017, encontrando-se no limite (entre 5 à 15%), como recomendado pela OMS para ter um impacto na mortalidade materna e neonatal (Figura 7 abaixo).

- Os **cuidados pós-aborto** estão acessíveis à população em todos os serviços com maternidade; no entanto, precisam ser melhorados em alguns aspetos tais como, a minimização da discriminação social no atendimento e da estigmatização. Por outro lado, existe por parte dos clientes e de muitos profissionais de saúde, a percepção do que o aborto não é legalizado em STP, o que resulta no aborto extra-hospitalar em condições precárias e consequentemente, no



aumento de complicações. Importa referir que os artigos 137, 138 e 139 do código penal (Lei n.º 6/2012), regem as condições do aborto; infelizmente, esses artigos não estão divulgados adequadamente e, portanto, são pouco conhecidos. Sabendo que existem profissionais de saúde que praticam aborto inseguro, há toda a necessidade de sensibilizar e formar esses profissionais

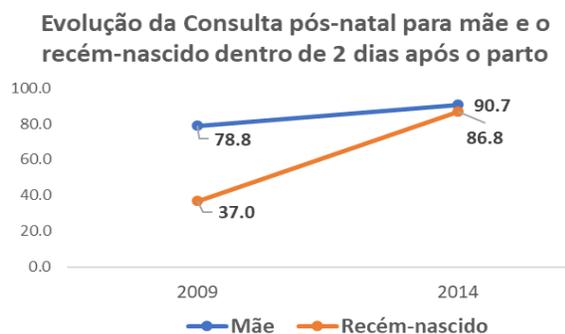
sobre a prática do aborto seguro, bem como descentralizar os serviços de cuidados pós-aborto que estão neste momento concentrados no hospital.

- Em relação aos **cuidados pós-violação**, este pacote está disponível nas unidades sanitárias urbanas, oferecendo aconselhamento com pré e pós teste para o VIH e profilaxia com anti-retroviral. Mas os dados são escassos.

Actualmente, todas as maternidades distritais têm a capacidade para oferecer cuidados obstétricos básicos, incluindo os medicamentos essenciais que salvam vidas. Não obstante, algumas competências ainda não estão completamente disponíveis e / ou adquiridas, tais como a aspiração manual intra-uterina, a aplicação de ventosa durante o parto e a extração de produtos residuais intra-uterinos após aborto. Essas competências são importantes para assegurar o acesso equitativo a Serviços Obstétricos e Neonatais de Urgência de qualidade e limitar as transferências para o hospital central. Também é importante manter as competências existentes através de supervisão formativa e sessões de actualização de forma sistemática e regular e formar mais técnicos.

❖ Serviços e cuidados nos pós parto

A política de manter as mulheres na unidade sanitária durante 72 horas após o parto é geralmente respeitada. Os dados indicam que três quartos das mulheres (75,3%) ficam três dias ou mais, na RAP este valor aumenta para 98%, e 23,3% permanecem na maternidade entre 24 e 48 horas.



As consultas no pós-parto ocorrem predominantemente após a primeira semana após o nascimento (60 %), embora uma pequena proporção ocorra quer no mesmo dia depois do parto ou no dia seguinte (7% e 4%, respectivamente).

A taxa de consulta pós-natal para ambos, mãe e recém-nascido, aumentou no período 2009 – 2014, conforme pode observar-se na figura 8 acima. Este aumento deve-se à disponibilidade dos respectivos serviços (existência de novos protocolos e a capacitação de cerca de 70% de enfermeiros e parteiras) em todos os níveis distritais (CS e PS).

93% dos recém nascidos numa US são avaliados após o nascimento, principalmente em torno do parto, contra 49% dos que nasceram em casa.

De forma global, os constrangimentos assinalados no que concerne à saúde reprodutiva e materna, incluindo a planificação familiar (PF) e a prevenção e luta contra as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são o baixo rendimento das mulheres em geral, e das grávidas em particular, para a realização de análises laboratoriais de rotina e outros exames (ecografias, mamografia, etc) e para a aquisição de medicamentos, a falta de humanização por falta de alguns prestadores, bem como a falta ou insuficiente capacidade de rastreio de cancro reprodutivos, devido principalmente ao número insuficiente de prestadores formados, falta de capacidades de laboratório para processar as amostras e também a falta ou insuficiência de materiais e equipamentos.

❖ Serviços e cuidados neonatais

Os dois momentos críticos na vida de um recém-nacido são o 1º dia e a 1ª semana de vida. Evidências mostram que 50% dos recém-nascidos morrem nas 1^{as} 24 horas após o nascimento e 75%, nos primeiros 7 dias de vida. No entanto, aproximadamente 75% das mortes neonatais são preveníveis por medidas de fácil implementação e que requerem poucos meios técnicos, tais como o aleitamento materno imediato e exclusivo, providenciar o calor necessário ao bebé, a boa higiene e cuidados do cordão umbilical e/ou ainda, reconhecer os sinais de alerta precoce para tratar rapidamente e transferir a criança. Para tal, é necessário dispor de pessoal de saúde qualificado para ajudar a mãe e o recém-nascido no momento do nascimento e durante o pós-parto imediato. Assim, com o apoio do programa da União Europeia entre 2013 e 2017, foram apetrechadas maternidades⁹ e formados técnicos para prestar cuidados ao recém-nascido, resultando na redução de mais da metade da taxa de mortalidade neonatal (22 para 9,9 por 1000 nascimentos)¹⁰ durante o parto e nas primeiras 24 horas.

Apesar de uma cobertura elevada de parto institucional, **8% dos bebés nascem fora da maternidade**, ficando assim expostos às complicações neonatais que são a asfixia perinatal, as infeções e a prematuridade, que são as principais causas de morte neonatais em STP. Por falta de técnicos formados em número suficiente, a qualidade do atendimento aos recém-nascidos doentes é deficiente, assim como a oferta dos cuidados essenciais neonatais. Os inquéritos mostram uma melhoria da proporção de bebés cujo cordão foi cortado com um instrumento limpo entre 2009 (78.8%) e 2014 (91%), mas uma redução da proporção de bebés que são amamentados dentro de uma hora após o nascimento, 45% em 2009 e 38.3% em 2014, demonstrando assim o apoio insuficiente por parte dos profissionais de saúde. O pacote de cuidados neonatais inclui também as vacinas BCG e Polio com uma cobertura superior a 95%. Está previsto para breve a introdução da vacina contra a Hepatite B.

A ausência de indicadores estabelecidos torna difícil avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos nas unidades sanitárias, daí a necessidade de se actualizar as normas de atendimento ao recém-nascido e desenvolver os livros de registos para facilitar a obtenção de dados.

A auditoria de óbitos neonatais ainda não é feita por falta de instrumentos e de pessoal formado. É urgente estabelecer na rotina a notificação e realização de auditorias para todos os bebés falecidos por forma a identificar as causas e as determinantes de mortes neonatais e trazer as melhores soluções para reduzir efectivamente o número de óbitos de recém-nascidos.

❖ Serviços e cuidados infantis

O pacote básico de cuidados para as crianças em STP está centrado na **estratégia AIDI**, que é implementada em todas as US (Centros e Postos de Saúde) de todos os distritos do país em que

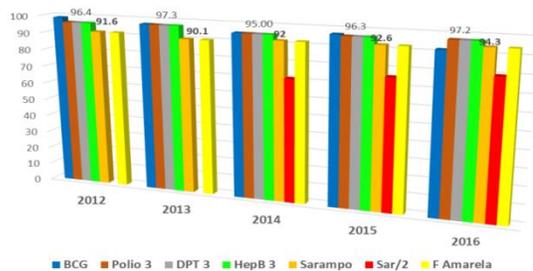
⁹ Maternidades dos centros de saúde de Angolares (Caué), de Neves (Lemba), de Guadalupe (Lobata), do posto de saúde de Porto Alegre (Caué) e do hospital central (HAM) e regional (RAP)

¹⁰ Enquêtes SONU 2013, 2017.

existe, no mínimo, um técnico formado. As intervenções do pacote básico de saúde infantil são também oferecidas durante as brigadas móveis conduzidas pelo programa de vacinação. Sistemáticamente, os novos profissionais de saúde são treinados logo após a sua colocação no distrito, porque a AIDI não está integrado no curriculum de formação de base dos técnicos de saúde. Isto implica ter disponível fundos para formações anuais, e coloca em risco a sustentabilidade da implementação desta estratégia. Por outro lado, as supervisões não são tão regulares, o que permite questionar a qualidade dos cuidados prestados e também porque o programa nunca conduziu uma avaliação da implementação da AIDI.

- A procura de cuidados para a diarreia foi de 54,2%, mas apenas 49% das crianças que se apresentaram na US receberam SRO e essa percentagem não evoluiu comparando com os dados de 2009. Em relação a IRA, a procura de cuidados também diminuiu e a percentagem de crianças menores de 5 anos que tomaram antibióticos para o tratamento de pneumonia, baixou de 60% em 2009 para 47,6% em 2014. O tratamento para esta faixa etária é gratuito, e apesar de não ter sido reportado rotura de stock de medicamentos, em alguns casos o tratamento é insuficiente sendo então os pais orientados para irem a farmácia comprar os medicamentos; em outros casos, algumas crianças são transferidas sem antibiotico injectável apropriado (como recomendam as normas) por falta destes nos serviços de periferia. No caso de SRO, não se percebe bem a razão pela qual o tratamento não é dado, visto que não houve ruptura de stock no período avaliado. Em ambos os casos, fica claro que as normas não estão sendo aplicadas correctamente.
- Os manuais de formação em AIDI carecem de uma actualização para inserir, entre outras, a componente neonatal e a do desenvolvimento psicomotor, bem como as novas recomendações da OMS. O zinco faz parte das normas de tratamento da diarreia em crianças menores de 5 anos, mas esse dado não é reportado até então.
- O pacote de **AIDI comunitario**, refere-se essencialmente às actividades de promoção. Existe ainda uma certa resistência por parte dos médicos em aceitar que os agentes de saúde comunitaria possam tratar crianças doentes disponibilizando antibioticos e teste rapido para o diagnostico do paludismo. Embora alguns ASC dispõem de SRO para tratar a diarreia, o pacote “iCCM” recomendado pela OMS não é implementado no país. A principal razão mencionada pelo programa é o relativo fácil acesso da população a uma unidade sanitária. De referir que houve apenas uma formação de ASC em 2006, não tendo havido seguimento, o que poderá explicar o fraco impacto nas actividades de promoção das intervenções de saúde infantil.

Tendencia da cobertura vacinal 2012 - 2016, SIS.PSR



- De forma geral nota-se uma boa cobertura (> 95%) das **principais vacinas, tendo melhorado** em comparação à 2009 (Figura 9 abaixo). Contudo, a proporção de crianças completamente vacinadas regrediu de 77% em 2009 para 66% em 2014. Uma das explicações dadas é que a população não procura os serviços de

vacinação por existirem brigadas móveis. No entanto, a implementação das brigadas móveis tornou-se irregular em certos distritos por diversos motivos, entre os quais, a escassez de combustíveis e a falta de incentivos para o pessoal de saúde.

- Novas vacinas foram introduzidas entre 2016 e 2017 no calendário Vacinal Nacional: VPI, Rotavírus, Rubéola/Sarampo e foi feita também a substituição da Vacina da Pólio oral trivalente (VPOt) para Vacina Pólio oral Bivalente (VPOb).
- Assim, a cobertura de crianças de 12 à 23 meses vacinadas contra o sarampo antes dos 12 meses aumentou entre 2009 (73%) e 2014 (89%). Dados administrativos do PSR apontam uma taxa de 90% em 2017.
- As crianças menores de 5 anos beneficiam da **distribuição de MII** feita de rotina na consulta pré-escolar ao completar o calendário vacinal e também durante as campanhas no âmbito da cobertura universal. Com respeito ao uso da MII, a tendência tem sido de aumento de acordo com os vários inquéritos disponíveis (67,1% - CAP 2014; 70% - CAP 2015; 56% - IDS 2009; 61% - MICS 2014). As diversas actividades e mensagens de sensibilização através da rádio, TV, brochuras, cartazes, serviços e pessoal de saúde para informação e educação para mudança de comportamento certamente contribuíram para este resultado.

Cuidados nutricionais

- A **suplementação em vitamina A** e a **desparasitação** são parte do pacote nacional de intervenções essenciais e são administradas a todas as crianças com idade entre 6-59 meses, e a partir de 1 ano de idade, respectivamente. Os dados administrativos do PSR indicam aumento da cobertura da suplementação em vitamina A: 90% em 2013 e 93% em 2017 (JRF WHO-UNICEF). Os dados de cobertura da **desparasitação** não são analisados e, portanto, não foi possível avaliar se houve progressos em relação ao dado disponível de 54.4% em 2009.

Apesar dos progressos registados desde 2009, a situação nutricional permanece crítica para as crianças são-tomenses, com um nível elevado de desnutrição crónica e taxas de aleitamento materno ainda por melhorar.

- **Alimentação da criança e do pequeno lactente:** A taxa de aleitamento materno exclusivo ultrapassou a meta de 60% atingido 74% (tabela 4), mas a proporção de mães que iniciaram o aleitamento materno dentro da 1ª hora após o nascimento reduziu em 12%. Apesar de ter sido planificado a iniciativa hospital amigo do bebé, nenhuma unidade sanitária recebeu até então a certificação. O código de comercialização dos substitutos do leite materno que protege o aleitamento materno foi recentemente aprovado ao nível da assembleia nacional. Tabela 4. Aleitamento materno, alimentação complementar do lactente e situação nutricional da criança, STP, 2009 e 2014.

<i>INDICADOR</i>	<i>2009</i>	<i>2014</i>	<i>Cumprimento da Meta 2016</i>
<i>Aleitamento materno dentro 1H após o nascimento.</i>	43.80%	38.30%	Não Disponível
<i>Aleitamento materno exclusivo (0-5m)</i>	51%	74%	Ultrapassada
<i>Alimentação complementar apropriada</i>	73%	74%	
<i>Baixo peso para a altura < -2 DP</i>	10.50%	4,4%	Não Cumprida
<i>Baixa altura para a idade < -2 DP</i>	29%	17,2%	Não Cumprida
<i>Baixo peso para a idade < -2 DP</i>	13.10%	8,8%	Não Cumprida
<i>Excesso de peso</i>	1,6%	2.40%	Não Disponível

- A insuficiente promoção da alimentação complementar e da dieta saudável explica a estagnação do indicador proporção de bebês de 6 a 8 meses que mamam e comeram alimentos sólidos e semi-sólidos ou moles pelo menos duas vezes e o agravamento do excesso de peso.

Segundo o MICS 2014, não há desnutrição nas crianças das mães que têm um nível de educação superior: quanto mais o seu nível educativo é elevado, mais conhecem a composição de uma dieta alimentar equilibrada.

O programa de vigilância nutricional não é operativo e os agentes de saúde ao nível distrital são responsáveis pela sinalização e pelo encaminhamento dos casos de desnutrição ao hospital central onde existe o único centro de reabilitação nutricional.

❖ **Serviços e cuidados para a saúde dos adolescentes**

Saúde escolar: O acesso aos cuidados promocionais realizados para as crianças em idade escolar (vacinação, desparasitação, pesagem, controlo do desenvolvimento, atenção a Saúde da Visão e Oral, nutrição, tratamento às doenças de AIDI) é gratuito e abrange as Populações do Pré – Escolar (Creches e Jardins) e das escolas (1º e 2º ciclos).

Existe um Ponto Focal para o Programa de Saúde Escolar nos Ministérios da Saúde e da Educação. Foram elaborados uma política e uma estratégia de saúde escolar. Porém, o programa enfrenta grandes desafios para a implementação das suas actividades dependendo exclusivamente de fundos dos parceiros que são também escassos e com um foco na SSR.

Serviços adaptados aos jovens: Este pacote está disponível em todas as unidades sanitárias, mas somente no Centro de Saúde Reprodutiva de Água Grande existe um espaço reservado apenas para o atendimento dos adolescentes.

As causas de morte e anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALYs, da sigla em inglês) diferem entre adolescentes mais novos (10-14 anos) e os mais velhos (15-19 anos), e também entre adolescentes do sexo masculino e os do sexo feminino. Algumas causas de morte são particularmente importantes apenas no sexo masculino (por exemplo, acidentes de trânsito) ou feminino (por exemplo, afecções maternas), ou entre adolescentes mais jovens (por exemplo, infecções das vias aéreas inferiores) ou mais velhos (por exemplo, violência interpessoal). Esses

resultados demonstram que a desagregação dos dados de saúde é fundamental para identificar as necessidades de saúde e as prioridades de intervenção para diferentes grupos de adolescentes.

Os adolescentes (10–19 anos) representam 23% da população santomense segundo o INE, dos quais 12% são jovens adolescentes e 11% adolescentes mais velhos. A informação disponível refere-se principalmente ao grupo etário de 15–19 anos.

A situação de saúde dos adolescentes e jovens é caracterizada por gravidezes precoces e indesejadas, abortos inseguros e suas complicações, relações sexuais precoces, não protegidos e, muitas vezes, com parceiros múltiplos, prevalência elevada de VIH/SIDA, ITS, traumatismos, drogas ilícitas e não ilícitas, problemas de saúde mental e violências de todos os tipos, incluindo a violência baseada no género. Este fenómeno é agravado pela baixa utilização de métodos contraceptivos e dos serviços de SSR pelos adolescentes.

A **idade média da 1ª relação sexual** foi de 16 anos em 2014. No grupo de adolescentes de 15–19 anos, 9,2% das raparigas e 18,2% dos rapazes tiveram a sua 1ª relação sexual antes dos 15 anos (MICS 2014), contra 9,7% e 11% (IDS 2009). Enquanto a percentagem de raparigas adolescentes que declararam ter usado um preservativo na última relação sexual aumentou de 54,0% para 68,8%, apenas 48,0% (MICS 2014) fizeram o teste de VIH e sabem os resultados (contra 49,1% em 2009); este indicador sofreu um retrocesso.

A **taxa de natalidade** em adolescentes dos 15–19 anos é estimada em 92‰ em 2014. A necessidade satisfeita no grupo dos 15–19 anos está estimada em 30%. Em termos de preferência de métodos contraceptivos, 27,6% utilizam métodos modernos e o método preferido é a pilula para 14,1% seguido de injectáveis 8,7%; e para menos de 2% o preservativo. Contudo, 70% não utilizam nenhum método de contracepção, o que tem contribuído para uma elevada incidência de gravidez precoce, gravidez não desejada e interrupção voluntária de gravidez fora do sistema hospitalar¹¹

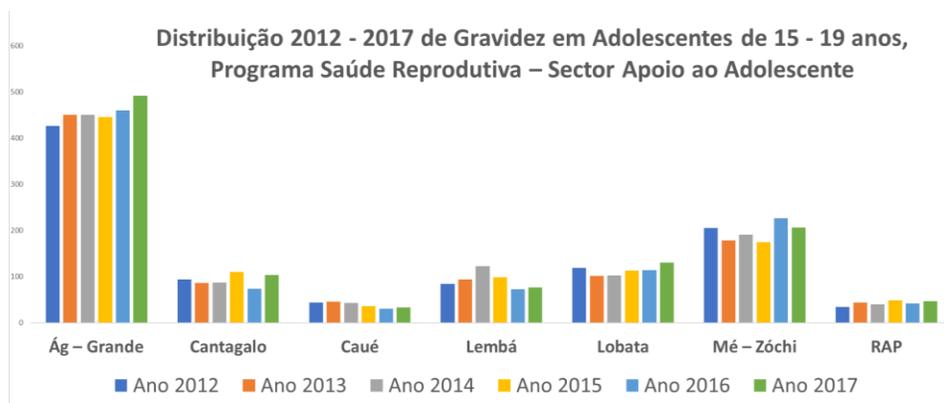


Figura 10. Taxa de gravidez em adolescentes segundo distritos, 2012-2017

A **taxa de gravidez** em adolescentes aumentou de 16% (22,8% em 2009 e 27,3% em 2014).

¹¹ PNDS 2017-2021

Na figura 10 pode observar-se a tendencia crescente da taxa de gravidez nas adolescentes, principalmente no distrito de Água Grande e Lobata.

As estatísticas do hospital central (HAM) indicam uma tendencia crescente dos abortos, que embora subnotificados, foram registados 235 casos em 2016 e 417 no ano 2017.

As possíveis causas da baixa utilização de métodos contraceptivos podem ser a deficiente transmissão de conteúdos pelos professores, baixo nível de informação e comunicação para os adolescentes, fraca apropriação das informações pelos adolescentes e discriminação pelos próprios prestadores quanto ao uso de um método contraceptivo. Por outro lado, alguns preconceitos e tabús em relação aos métodos contraceptivos podem estar na base da fraca procura de PF pelos/pelas adolescentes, devendo salientar-se que todas as formações sanitárias dispõem de todos os métodos modernos de PF e não foram reportados rupturas de stock.

Num estudo CAP realizado em 2014, observou-se que a taxa de uso de preservativos entre adolescentes foi de 40.6%, tendo aumentado para 61.7% em 2016 (estudo CAP- EEPAJ 2016). Isso indica uma melhoria em relação ao conhecimento e uso dos preservativos nas relações sexuais, devido possivelmente as acções de comunicação desenvolvidas por várias associações juvenis e ONGs, e a disponibilização gratuita de preservativos em vários locais incluindo as escolas.

Os dados disponíveis indicam uma situação preocupante em relação ao **consumo do tabaco, do álcool e da droga** (tabela 5). Tanto o consumo de álcool como o consumo de drogas pelos adolescentes apresenta uma tendência crescente. Embora tenham havido acções de sensibilização desenvolvidas pelas ONGs, Escolas, Instituto de luta contra as drogas, as mídias, o Ministerio da Saúde/PSR e as Associações juvenis, as mesmas não foram suficientes para a mudança de comportamento dos adolescentes quanto ao consumo do álcool e da droga.

Um estudo do UNICEF em 2017 sobre Expectativas, problemas e aspirações dos jovens e adolescentes, revela que 37% dos inqueridos começaram a consumir álcool na faixa etária dos 14 a 17 anos e que havia pouca diferença de consumo entre rapazes (55%) e raparigas (50%). Ainda no mesmo estudo, os jovens e adolescentes citaram em 2ª e 3ª posição, a droga (15%) e o álcool (10%), após a falta de emprego (30%), como sendo os maiores problemas com os quais se confronta a juventude em São Tomé e Príncipe.

É de salientar, entretanto, que uma lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas aos menores de 16 anos acabou de ser adoptada no país, sendo a mesma acompanhada de acções educativas.

Tabela 5. Consumo do tabaco, do álcool e das substancias ilícitas pelos adolescentes, STP, 2016 -2014.

Genero	CAP 2006		CAP 2013		MICS 2014	
	feminino	masculino	feminino	masculino	feminino	masculino
Tabagismo			2.1	9.1	0.4	1.4
Uso de Drogas	1.7	3.7	2.1	5.4		
Consumo de álcool	6.7	12.3			7.5	11.9

No que se refere ao tabagismo, tudo parece indicar que as acções de sensibilização levadas a cabo pelas Instituições acima mencionadas contribuíram para a melhoria desse indicador.

No que concerne ao estado de saúde dos/das adolescentes, verifica-se que a maioria dos indicadores para os quais os dados estão disponíveis evoluiu desfavoravelmente no período de 2009 à 2014. A degradação de vários indicadores de saúde dos adolescentes pode dever-se à diversos factores como, por exemplo, a inexistência de serviços adaptados aos jovens. Por outro lado, a falta de dados desagregados e a inexistência de um Plano actualizado de saúde dos adolescentes, dificultam a análise do estado de saúde desse grupo populacional.

A problemática sobre a saúde dos adolescentes relaciona-se, entre outros factores, com a falta de conhecimentos em matéria de sexualidade e saúde reprodutiva, trazendo como consequência a gravidez não desejada, o recurso ao aborto, muitas vezes feitos de forma insegura, e as DST, incluindo a infecção por VIH/SIDA e o HPV.

3.3 IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE SRMNIA

O plano estratégico 2012-2016 de saúde reprodutiva tinha como objetivos: i) Melhorar as estratégias de SR, planificação e gestão (liderança e governação); ii) Melhorar a procura, disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de SSR para mulheres, homens, adolescentes, jovens e crianças; iii) Melhorar a qualidade e quantidade de recursos humanos para a SR; iv) Disponibilizar medicamentos de qualidade e produtos SR v) Garantir financiamento adequado para SR e vi) Fortalecer o monitoramento e a avaliação das estratégias de SR.

Os resultados da revisão da implementação do desse plano indicam que a maioria das atividades implementadas foi em relação aos objetivos dois et três, respectivamente melhorar a procura, disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços de SRMNIA_N, e melhorar a qualidade e quantidade de recursos humanos para SRMNIA_N como refletido pelas notáveis realizações.

Realizações (Conquistas)

As principais realizações no nível central foram o desenvolvimento de planos estratégicos e as diretrizes do programa, incluindo padrões de prestação de serviços. No entanto, a disponibilidade dessas estratégias e diretrizes não resultou na implementação efetiva das intervenções de acordo com os padrões estabelecidos devido à insuficiência de supervisão. As principais lacunas identificadas a esse nível foram em relação à falta de mecanismos institucionalizados para a coordenação dos parceiros de implementação. Também pôde ressaltar-se habilidades insuficientes na gestão de programas.

A maior realização no nível de prestação de serviços é a disponibilidade do pacote mínimo de serviços SRMNI a todos os níveis, devido aos esforços para garantir a disponibilidade de recursos humanos, equipamentos e medicamentos.

O treinamento maciço de prestadores de saúde em atendimento básico de emergência obstétrica e neonatal contribuiu para que todas as unidades de saúde que prestam serviços de pré-natal e parto tenham pelo menos um prestador de saúde treinado em atendimento qualificado. Isso resultou na alta cobertura da presença de um profissional qualificado no nascimento (92.5%). A integração

dos serviços de PTMF no PMI e nos serviços de maternidade aumentou a disponibilidade dos serviços de PTMF. Com o apoio do Fundo Global foi possível formar os prestadores de saúde e fornecer ARVs nas consultas pré-natais e nas maternidades, o que facilitou a descentralização dos serviços de PTMF, aumentando o acesso à essa intervenção para mais mulheres grávidas, resultando assim na diminuição da prevalência de VIH na gravidez[^], de 1,5% em 2008 para 0,3% em 2017.

Esta colaboração com o programa de VIH e IST também levou à diminuição da incidência da sífilis nas mulheres grávidas e da sífilis congénita. A sífilis em mulheres grávidas diminuiu significativamente de cerca de 1,8% em 2008 para 0,8 em 2017. Não foram registados casos de sífilis congénita durante esse período. Este é um ponto digno de salientar no contexto da eliminação tripla do VIH, sífilis e hepatite B em STP.

É importante notar também a alta cobertura do TPI durante a gravidez, o que contribui para os esforços do governo para eliminar a malária.

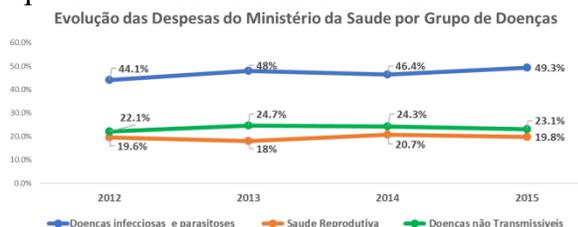
Essas conquistas foram facilitadas por abordagens inovadoras do programa SRMNIA_N, como:

- O envolvimento da comunidade por meio da ASC, incluindo parteiras tradicionais, para promover partos institucionais e aumentar o conhecimento das famílias para reconhecer sinais de risco na criança doente e procurar atendimento oportuno.
- Formação contínua de prestadores de saúde. A transferência e a manutenção de competências também são obtidas por meio da disponibilidade constante dos gestores do programa para apoiar a equipe no local. Os prestadores de serviços têm acesso ao telefone de serviço para contactar diretamente os gestores do programa nos telefones celulares para obterem orientações.
- A colaboração com outros programas, tais como o programa nacional de luta contra o VIH e o programa nacional de luta contra o Paludismo, para reforçar a integração de serviços.

Desafios (Restrições)

Um importante desafio é o financiamento das intervenções para SRMNIA_N.

A institucionalização das contas de saúde em São Tomé e Príncipe forneceu dados confiáveis sobre o financiamento do sector de saúde. Em relação à declaração dos chefes de estados em Abuja, em que 15% do financiamento do Estado deve ser alocado ao sector da saúde, desde 2012, a parte do

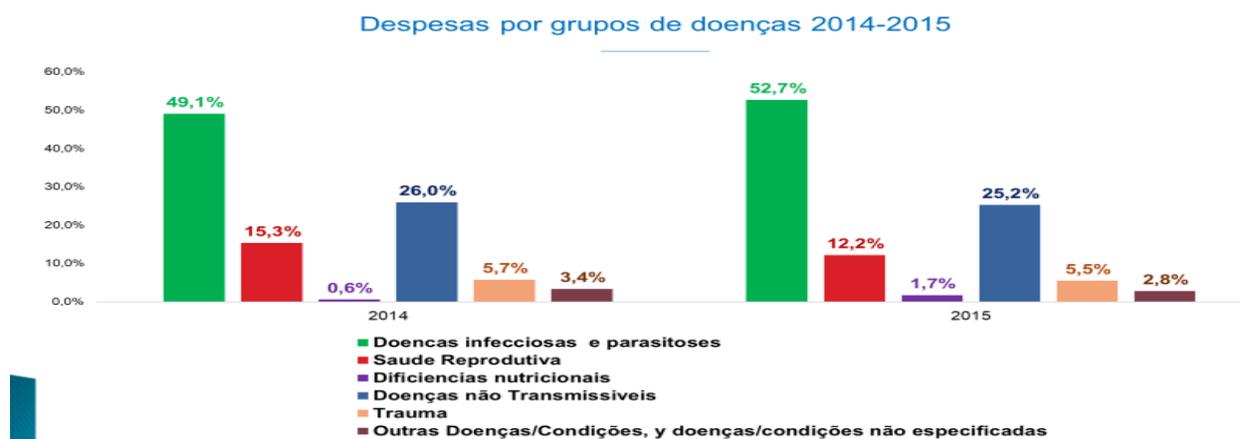


orçamento do Estado dedicada à saúde tem evoluído de forma bastante irregular, representando 5,95% em 2012 e 12% em 2013; ela esteve acima da meta de Abuja de 15% em 2014, para depois diminuir em 2015 para 12,7%.

As despesas em saúde reprodutiva também evoluíram de forma irregular conforme assinalado na figura 11 (ao lado). Em 2015 elas representaram 19,8% do orçamento destinado à saúde contra 20,7% em 2014. As despesas específicas da saúde reprodutiva no mesmo período aumentaram ligeiramente desde 2012 mas

desde 2014 a tendência é de redução. É de notar que, segundo o relatório das contas nacionais de saúde 2014 – 2015, a evolução da despesa total de saúde (DTS). Entre 2012 à 2015 mostra um aumento de 22,2 %, enquanto que no período 2014 e 2015, houve uma diminuição de 16,9%. As despesas em nutrição, embora muito reduzidas (1,7% em 2015), aumentaram em comparação a 2014 (0.6%) (figura 12).

Figura 12. Despesas de saúde por grupos de doenças, STP, 2014-2015



Outro grande constrangimento observado é a insuficiência na disponibilidade de atendimento obstétrico e neonatal de emergência completo devido a falta de competências especializadas nas áreas de ginecologia e obstetrícia, pediatria e anestesia. A falta de capacidade para a assistência neonatal em todos os níveis é um desafio notável que pode ser a causa subjacente do aumento da mortalidade neonatal, de 18/1000 em 2009 para 22/1000 em 2014.

Outros desafios na disponibilidade de serviços incluem a baixa cobertura de cuidados pós-natais e a falta de prevenção e rastreio do cancro do colo do útero. O fraco acesso aos serviços por parte dos adolescentes permanece uma preocupação.

A avaliação também revelou a necessidade de adoptar-se novas abordagens em relação à alguns desafios que constituem obstáculos para a consecução dos objetivos do programa para acelerar o progresso. Estes desafios estão resumidos na tabela a seguir:

Desafios	Abordagem inovadora
Crenças culturais e tabús que têm impacto negativo na SRMNIA_N	Elaborar um plano para intensificar a comunicação para mudança de comportamento em relação à SRMNIA_N com participação da comunidade
Corbetura de cuidados pós-natais para a mãe e recém-nascido	Introduzir cuidados domiciliários para mães e recém-nascidos no pacote de treinamento do ASC Revitalizar a colaboração com parteiras tradicionais para promover a consulta pós-natal precoce para a mãe e o bebê

Mitigar as despesas de bolso para o SRMNIA_N	Defender a aplicação efectiva do decreto sobre a gratuidade de serviços para as mães e crianças <5 anos.
Melhorar as práticas de nutrição para mulheres grávidas	Cantos/salas de demonstração de alimentos na consulta pré-natal
Melhorar as práticas nutricionais em crianças <5	Menu de refeições baseado em ingredientes disponíveis localmente
Melhorar a sobrevivência de bebés prematuros e recém-nascidos	Introduzir o Método Mãe Canguru, Implementar a abordagem “Hospital Amigo” do bebé au nível do distrito
Diagnóstico e tratamento precoce de cancer do colo do útero em todos os níveis.	Inspeção visual de rotina com ácido acético (VIA) em serviços de SSR e SMN.
Saúde dos adolescentes	Prevenção do cancro do colo do útero através da vacina HPV Dialogo através da Aliança Pais – Adolescentes Suplementação com ácido fólico e ferro
Envelhecimento	Sessões de informação e educação sobre aspectos da saúde reprodutiva na 3ª idade

Lições aprendidas

- i) A importância da colaboração e parcerias entre os programas envolvidos na implementação de intervenções de SRMNIA para promover sinergias.
- ii) A prestação de serviços integrados melhora a eficiência na utilização dos limitados recursos financeiros e humanos.
- iii) O envolvimento da comunidade é fundamental para a promoção de estilos de vida saudáveis e comportamentos positivos de busca de saúde. A participação de indivíduos, famílias e comunidades também promove a apropriação de intervenções baseadas na comunidade e o empoderamento de indivíduos para assumir a responsabilidade pela sua saúde.

4 CAPÍTULO 4: PLANO ESTRATÉGICO DE SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA, RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E ADOLESCENTE E NUTRIÇÃO 2019-2023

De acordo com o artigo 50 da Constituição da República de São Tomé e Príncipe que defende o direito à saúde para todos, o governo, através do PNDS 2017 – 2021, está empenhado em garantir a cobertura universal dos serviços de saúde. A saúde Sexual e Reprodutiva, que inclui todos os componentes da SRMNIA_N, é um dos domínios prioritários definidos no PNDS. O plano estratégico de SRMNIA_N 2019 – 2023 adota uma abordagem ao longo da vida e está alinhado ao PNDS.

O mesmo está também em consonância com os objectivos da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes e alinhado com a resolução WHA62.12 sobre os cuidados de saúde primários, que apela ao reforço dos sistemas de saúde para cuidados integrados e centrados nas pessoas. Assim, a presente estratégia adoptará uma abordagem integrada e multisectorial para abordar os actuais problemas prioritários de SRMNIA_N em STP.

A participação da comunidade, incluindo os indivíduos, as famílias, a sociedade civil e outros setores, irá melhorar os resultados de saúde da SRMNIA_N, assim como da educação para promover mudanças comportamentais para práticas sexuais e reprodutivas saudáveis e responsáveis, especialmente em adolescentes, água limpa e saneamento adequado para a redução da diarreia em bebês e crianças pequenas, e estradas e transporte para facilitar o encaminhamento e acesso a instalações de saúde.

4.1 VISÃO

Que cada saotomense nasça saudável e que em todos os lugares usufrua do seu direito a saúde em geral, incluindo a saúde sexual e reprodutiva de forma equitativa, e que tenha oportunidades sociais e económicas e possa participar plenamente na construção de uma sociedade próspera e sustentável.

4.2 FINALIDADE

Contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade materna, neonatal, infantil e dos adolescentes com o alcance da cobertura universal dos serviços de SRMNIA-N.

Para alcançar essa finalidade, o Plano irá:

- ❖ Reduzir a mortalidade materna de 74 por 100 000 NV em 2014 para 50 000 por 100 000 NV em 2021
- ❖ Reduzir a mortalidade neonatal de 22 ‰ NV em 2014 para 22 ‰ NV em 2021
- ❖ Reduzir a mortalidade infantil de 38 ‰ NV em 2014 para 30 ‰ NV em 2021
- ❖ Reduzir a mortalidade infanto-juvenil de 45‰ NV em 2014 para 20 ‰ NV em 2021
- ❖ Reduzir a taxa de gravidez na adolescente de 27% em 2014 para 15% em 2021

4.3 PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA ESTRATÉGIA DE SRMNIA_N

- **Conduzida pelo país:** Conduzida pelo país desde a sua conceção, sua implementação, monitorização e avaliação;
- **Cobertura universal:** garante que todas as mulheres, neonatos, crianças e adolescentes, sem qualquer discriminação, possam fazer uso dos serviços de promoção, prevenção, reabilitação, curativos e paliativos de saúde, com qualidade adequada e eficazes, ao mesmo tempo que assegura que o uso destes serviços não os expõe a dificuldades financeiras;
- **Equidade:** todas as mulheres, neonatos, crianças e adolescentes têm o direito de usufruir dos serviços de SRMNIA_N de acordo com as suas necessidades, independentemente do local onde residem e do seu estatuto social;
- **Centrada na pessoa:** as mulheres, neonatos, crianças e adolescentes são vistas como um todo;
- **Informada por evidência:** Implementação de intervenções definidas com base em dados factuais.
- **Sustentável:** garante que os ganhos podem ser mantidos pelo menos durante um ciclo de planeamento estratégico capaz de suprir as necessidades actuais em matéria de SRMNIA_N, sem comprometer a capacidade de resposta às necessidades das futuras gerações;
- **Sensível ao género:** as meninas, os meninos, as mulheres e os homens têm acesso desigual aos serviços e recursos de SRMNIA_N; as informações estratégicas são desagregadas por sexo e os indicadores relativos ao género são fundamentais para o monitoramento e avaliação da estratégia.
- **Colaboração e Parceria** incluindo o setor privado com definição clara dos papéis e responsabilidades de todos os atores na implementação, monitoramento e avaliação das actividades identificadas para aumentar a sinergia.

4.4 OBJECTIVOS E INTERVENÇÕES ESTRATEGICAS

O.1. Fortalecer até o final de 2023 a liderança dos programas SRMNIA_N (planificação, mobilização de recursos e coordenação das intervenções SRMNIA_N envolvendo todos os atores e parceiros)

- O.1.1. Promoção de um ambiente legal favorável aos direitos em SRMNIA_N
- O.1.2. Reforço da capacidade institucional em planificação, gestão e mobilização de recursos
- O.1.3. Mobilização de recursos para a implementação da estratégia
- O.1.4. Reforço da coordenação inter e intrasectorial para a implementação da estratégia de SRMNIA_N
- O.1.5. Melhorar a segurança do paciente em serviços de mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes.

O.2. Melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços SRMNIA_N até o final de 2023

- O.2.1. Prestação de serviços e cuidados de qualidade para a mulher
- O.2.2. Prestação de serviços e cuidados de qualidade para os recém-nascidos
- O.2.3. Prestação de serviços e cuidados de qualidade para as crianças
- O.2.4. Prestação de serviços de saúde adaptados aos adolescentes incluindo a saúde escolar
- O.2.5. Prestação de serviços de saúde para SRMNIA_N na comunidade
- O.2.6. Melhoria da qualidade dos cuidados centrados na pessoa incluindo o empoderamento do paciente
- O.2.7. Prestação de serviços da saúde reprodutiva na 3ª idade

O.3. Fortalecer o papel de indivíduos, famílias e comunidades para o aumento da procura atempada dos serviços de SRMNIA_N até o final de 2023 com vista a melhorar a saúde materna, infantil e do adolescente em áreas urbanas e rurais.

- O.3.1. Educação e promoção para a SRMNIA_N a todos os níveis
- O.3.2. Comunicação para a mudança do comportamento dos grupos alvo na SRMNIA_N
- O.3.3. Envolvimento / Participação comunitária

O.4. Fortalecer a capacidade dos recursos humanos para a prestação de cuidados de qualidade, promotivos, preventivos, curativos e de reabilitação a todos os níveis, incluindo cuidados especializados, de emergência e na comunidade até final de 2023

- O.4.1. Transferência das competencias
- O.4.2. Incremento do número de técnicos qualificados

O.5. Fortalecer a prestação de contas para melhorar a SRMNIA_N até final de 2023

- O.5.1. Integração dos indicadores na plataforma de DHIS2
- O.5.2. Utilização de dados para a gestão dos programas
- O.5.3. Compartilhamento amplo de dados e informações sobre a implementação de intervenções SRMNIA_N
- O.5.4. Operacionalização das auditorias de óbitos maternos, neonatais e infantis
- O.5.5. Reforçar as atividades de seguimento e avaliação das intervenções ligadas a SRMNIA_N
- O.5.6. Reforçar o sistema de registos e notificação de nascimentos, causas de óbitos e mortalidade materna, neonatal, infantil e dos adolescentes.

4.5 Quadro lógico para a implementação do plano estratégico SRMNIA_N 2019 – 2023

OE 1. Fortalecer até o final de 2023 a liderança dos programas SRMNIA_N (planificação, mobilização de recursos e coordenação das intervenções SRMNIA_N envolvendo todos os atores e parceiros)											
INTERVENÇÕES	ATIVIDADES	INDICADORES	Base 2018	Meta 2023	Cronograma			Responsável	Parceiros	Meios de verificação	Riscos / suposições
					2019	2020	2021				
Promoção de um ambiente legal favorável aos direitos em SRMNIA_N	Realizar um inquérito sobre a situação do aborto (incluindo a aplicação da lei em vigor no país sobre o aborto)	Relatório sobre a situação do aborto no país e o estado da aplicação da lei	0	1	X			PSSR	OMS, UFPA, UNICEF	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Rever a lei sobre o aborto e submeter a lei para adopção	Lei sobre o aborto revista e adoptada	0	1		X		PSSR	OMS	Diário da República	Vontade política
	Criar os mecanismos para a aplicação do decreto sobre a gratuidade para as grávidas e menores de 5 anos	Despacho Ministerial	0	1	X			Ministério da Saúde		Diário da República	Vontade política
	Advogar para a revisão do decreto sobre a gratuidade para integração do pacote dos serviços SRMNIA_N para a população mais desfavorecida	Novo decreto sobre a gratuidade publicado	0	1		X		Ministério da Saúde		Diário da República	Vontade política
Reforço da capacidade institucional em planificação, gestão e mobilização de recursos	Formar os gestores dos programas e os médicos responsáveis distritais em gestão, planificação, mobilização de recursos e implementação	% de gestores de programas e médicos responsáveis distritais formados em gestão, planificação, mobilização de recursos	37,5 %	100 %	X	X	X	Ministério da Saúde	OMS, UFPA	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Elaborar/rever os TDR / definição de cada posto de trabalho		(3 de 8)								
Mobilização de recursos para implementação da estratégia	- Elaborar o mapeamento dos recursos para a SRMNIA_N incluindo recursos domésticos e a nível dos parceiros, sociedade civil e sector privado	- Uma estratégia de mobilização de recursos disponível	0	1	X			Ministério da Saúde		Relatório anual do PSSR	
	- Elaborar a estratégia de mobilização de recursos	- % de recursos mobilizados através das mesas redondas	0	50%		X		Ministério da Saúde	OMS, UFPA, UNICEF PNUD	Relatório da mesa redonda	Vontade política
	- Organização de uma mesa redonda a cada dois/três anos										

	para a mobilização de recursos										
Reforço da coordenação inter e intra-sectorial para a implementação da estratégia de SRMNIA_N	- Criar um comité nacional de coordenação de SRMNIA_N inter e intra-sectorial incluindo parceiros nacionais e internacionais	- Relatório anual do comité nacional de coordenação - Documento do Plano anual conjunto disponível	0	3	X	X	X	Ministério da Saúde		Relatório anual do PSSR	
	- Criar uma plataforma de discussão sobre a saúde comunitária	- Relatórios anuais dos grupos técnicos temáticos disponíveis	0	3	X	X	X	Ministério da Saúde	OMS, UFPA, UNICEF ASPF Ministério Educação Agricultura	Relatório anual do PSSR	
	- Realizar uma planificação e revisão anual conjunta - Criar grupos técnicos temáticos		0	3	X	X	X	Ministério da Saúde	OMS, UFPA, UNICEF ASPF	Relatório anual do PSSR	
Melhorar a segurança do paciente em serviços de mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes	Advogar para criação do comité de qualidade dos serviços nas unidades sanitárias	- Relatórios anuais do comité de qualidade dos serviços	0	3	X	X	X	PSSR		Relatório anual do PSSR	Disponibilidade dos membros dos comités
	Rever/actualizar a lista de verificação da implementação das normas e das directrizes de prestação de serviços	- Relatórios das visitas de supervisão formativa	0	28	X	X	X	PSSR		Relatório anual do PSSR	
	Avaliar a qualidade dos cuidados nas unidades sanitárias Realizar supervisão formativa, (do nível central, trimestralmente, aos 7 distritos, e do nível distrital, mensalmente, aos postos sanitários incluindo o centro de saúde distrital)										
OE 2. Melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços SRMNIA_N até o final de 2023											
INTERVENÇÕES	ACTIVIDADES	INDICADORES	Base 2018	Meta 2023	Cronograma			Responsável	Parceiros	Meios de verificação	Riscos / suposições
					2019	2020	2021				

Prestação de serviços e cuidados de qualidade para mulher	Desenvolver/rever normas para implementação dos cuidados de SONU	- Normas para implementação dos cuidados de SONU disponíveis	0	1	1			PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Orientação/divulgação das normas actualizadas	- % de técnicos de saúde actualizados na prestação de cuidados de SONUB	80%	95%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Realizar acções de formação contínua dos técnicos de saúde para a prestação de cuidados SONUB incluindo utilização do partograma e	% de técnicos de saúde actualizados em prestação de PF com os métodos de longa duração	50%	95%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Reforçar a capacidade dos técnicos de saúde para prestação de PF com os métodos de longa duração											
	Advogar para a conclusão da construção do bloco operatório da RAP	- Número de cesarianas realizadas anualmente no bloco operatório da Região Autónoma de Príncipe (RAP)	0						Governo regional da RAP		Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Operacionalizar o bloco operatório da Região Autónoma de Príncipe (RAP)	- Número de técnicos de saúde actualizados em rastreio do cancro do colo do útero	5		X	X	X	PSSR	OMS, UNICEF, UNFPA	Relatório anual do PSSR		
	Alocar equipamentos, materiais e consumíveis para o bloco operatório,											
	Alocar recursos competentes para oferta de SONUC											
	Reforçar a capacidade dos técnicos de saúde para rastreio do cancro do colo do útero	- % de técnicos de saúde actualizados em PTMF			X	X	X	PSSR	PNLS, OMS, UNICEF, UNFPA	Relatório anual do PSSR		
Reforçar a capacidade dos técnicos de saúde em PTMF												
Prestação de serviços e cuidados	Desenvolver normas de atendimento do neonato	- Normas de atendimento do neonato saudável e	0	1		X		PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		

de qualidade para recém-nascidos	saudável e doente (incluindo AIDI Neonatal)	doente (incluindo AIDI Neonatal) disponíveis										
	Orientação/divulgação das normas actualizadas	- % de formações sanitárias que implementam a abordagem Hospital Amigo do bebé e o Método Canguru - % de RN que têm aleitamento materno precoce	14% (1 em 7)	100%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Reforçar as competências dos técnicos de saúde para a prestação de cuidados para os RN		38,3% (2014)	???	53.8%	56.9%	60%	PSSR	OMS, UNICEF	IDS, MICS, Relatório anual do PSSR		
	Implementar a abordagem Hospital Amigo do bebé e o Método Canguru											
	Promover a prática do aleitamento materno precoce											
Prestação de serviços e cuidados de qualidade para crianças	Orientar/divulgar as normas de desenvolvimento da primeira infância	- Relatório sobre a implementação das normas de desenvolvimento da primeira infância - % de crianças menores de 1 ano que têm aleitamento materno exclusivo e continuado	0	1	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Implementar as Normas											
	Reforçar as competências dos técnicos de saúde para a prestação de cuidados											
	Reforçar a prática do aleitamento materno exclusivo e continuado		74% (2014)		78.3%	79.1%	80%	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
Prestação de serviços de saúde adaptados aos adolescentes incluindo a saúde escolar	Definir / rever o pacote dos serviços de saúde dos adolescentes incluindo o pacote escolar	- % de formações sanitárias implementando o pacote de serviços de saúde dos adolescentes incluindo o pacote escolar actualizado - % de prestadores formados em abordagem de	70%	95%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		Disponibilidade de fundos
	Actualizar as normas e procedimentos e orientação sobre as mesmas											
	Realizar acções de formação contínua aos prestadores sobre a abordagem de serviços adaptados à saúde do adolescente											
			0%	70%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		Disponibilidade de fundos

	Reorganizar espaços e horários adaptados para prestação de serviços para os adolescentes	serviços adaptados à saúde do adolescente									
	Disseminar informação e aconselhamento para a saúde				X	X	X	PSSR	OMS, Ministério da Educação	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Dotar as escolas e unidades sanitárias de materiais educativos adaptados a saúde dos adolescentes		- % de escolas e unidades sanitárias que dispõem e utilizam materiais educativos adaptados a saúde dos adolescentes								
Prestação de serviços de saúde para SRMNIA_N na comunidade	Rever, adaptar, adoptar e disseminar o pacote de serviços de SRMNIA_N a nível comunitário definidos na Carta Sanitária	- % de postos de saúde comunitária que utilizam o pacote de serviços de SRMNIA_N a nível comunitário definidos na Carta Sanitária adaptados			X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
	Desenvolver/actualizar as normas e procedimentos para a implementação do pacote SRMNIA_N na comunidade	- Número de formadores em SRMNIA_N ao nível comunitário formados			X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Formar formadores em SRMNIA_N ao nível comunitário	- % de ASC capacitados na abordagem de SRMNIA_N na comunidade	0%		X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	<i>Capacitar os ASC sobre a abordagem de SRMNIA_N na comunidade.</i>										
	<i>Dotar os postos de saúde comunitários de materiais educativos adaptados a SRMINA_N</i>	- % de postos de saúde comunitária que utilizam materiais educativos adaptados a SRMINA_N	0%		X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
Melhoria da qualidade dos cuidados centrados na pessoa incluindo	Criar um ambiente favorável aos cuidados de SRMNIA_N centrados na pessoa	- % de visitas de supervisão planeadas no plano de supervisão integrado realizadas	0	90%	X	X	X	PSSR		Relatório anual do PSSR	
	Elaborar um plano de supervisão integrado										

o empoderamento do paciente	Reforçar a capacidade dos prestadores de cuidados na abordagem centrada na pessoa (comunicação interpessoal, confidencialidade, respeito, dignidade, atenção imediata)	- % de prestadores de cuidados actualizados em abordagem centrada na pessoa	0%	80%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
	Realizar um estudo sobre satisfação dos utentes	- Relatório do estudo sobre satisfação dos utentes disponível	0	1			X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Disseminar os direitos dos utentes										
Prestação de serviços da saúde reprodutiva na 3ª idade	Definir o pacote dos serviços de saúde reprodutiva na 3ª idade	- % de formações sanitárias implementando pacote de serviços de saúde reprodutiva na 3ª idade	0%	50%	15%	15%	20%	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
	Realizar acções de formação contínua dos técnicos de saúde para a prestação de cuidados de saúde reprodutiva na 3ª idade	- % de prestadores formados em prestação de cuidados de saúde reprodutiva na 3ª idade	0%	80%	15%	20%	25%	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
OE. 3: Fortalecer o papel de indivíduos, famílias e comunidades para o aumento da procura atempada dos serviços de SRMNIA-N até o final de 2023 com vista melhorar a saúde materna, infantil e do adolescente em áreas urbanas e rurais											
INTERVENÇÕES	ACTIVIDADES	INDICADORES	Base 2018	Meta 2023	Cronograma			Responsavel	Parceiros	Meios de verificação	Riscos / suposições
					2019	2020	2021				
Educação e Promoção para SRMNIA_N a todos os níveis	Identificar, conceber, produzir materiais de comunicação;	- Número de materiais de comunicação produzidos	5	7	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Produzir mensagens educativas adaptadas a problemáticas da SRMNIA_N										

	Reforçar a capacidade dos técnicos de CNES para a concepção de materiais de comunicação para a promoção dos serviços de SRMNIA_N	- Número de mensagens educativas adaptadas a problemáticas da SRMNIA_N produzidos			X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
	Reforçar a capacidade dos técnicos de mass média para a difusão dos conteúdos de SRMNIA_N	- Número de técnicos de mass média actualizados em difusão dos conteúdos de SRMNIA_N			X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos
	Criar parceria para a difusão de mensagens educativas através de: Rádio, televisão, teatro, jornal, agentes comunitários, desdobráveis e TIC	Número de parcerias criadas	2	6	X	X	X	PSSR	Mass media	Relatório anual do PSSR	
	Organizar Sessões de sensibilizações na área de SRMNIA_N a todos os níveis										
Comunicação para mudança do comportamento dos grupos alvo na SRMNIA_N	Realizar um inquérito comportamental sobre a SRMNIA_N	- Relatório do inquérito comportamental sobre a SRMNIA_N	0	1	X			PSSR	OMS	Relatório do inquérito comportamental	Disponibilidade de fundos
	Rever/actualizar o plano de comunicação para mudança de comportamento no âmbito da SRMNIA_N	- % de intervenções do plano de comunicação implementadas	0	80	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório do inquérito comportamental	Disponibilidade de fundos
	Implementar o plano de comunicação										
Envolvimento / Participação comunitaria	Identificar as partes interessadas em SRMNIA_ (sociedade civil, ONGs, indivíduos e famílias, líderes comunitários,...)	- Número de diálogos comunitários realizados	0	10	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	
	Organizar diálogos comunitários para promover a auto-responsabilidade da comunidade e dos indivíduos para melhoria da SRMNIA_N										

	Identificar recursos ao nível comunitário para a melhoria da SRMNIA_N	- % de ASC formados em matéria de SRMNIA-N	0%	80%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Formar os ASC em matéria de SRMNIA_N para realizações de acções de sensibilização no terreno											
	Criar uma plataforma para o diálogo entre os adolescentes e os adultos em matéria de SRMNIA_N											
OE. 4: Fortalecer a capacidade dos recursos humanos para prestação de cuidados SRMNIA_N de qualidade a todos os níveis até final de 2023												
INTERVENÇÕES	ACTIVIDADES	INDICADORES	Base 2018	Meta 2021	Cronograma			Responsavel	Parceiros	Meios de verificação	Riscos / suposições	
					2019	2020	2021					
Transferência das competencias	Avaliar as necessidades em competências para a prestação de cuidados em SRMNIA_N	- % de pessoas formadas em prestação de cuidados em SRMNIA_N de conformidade com o plano de formação em competências	50%	95%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos	
	Elaborar o plano de formação em competências para a provisão de cuidados em SRMNIA_N											
	Capacitar em competências específicas para os cuidados de urgência maternos e neonatais e nutrição											
Incremento do número de técnicos qualificados incluindo os especialistas	Avaliar as necessidades de quadros técnicos para a provisão de cuidados em SRMNIA_N	- % de técnicos qualificados formados pelo Instituto	80%	95%	X	X	X	PSSR	Instituto V. S. MACHADO	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade de fundos	
	Avaliar as capacidades do Instituto Víctor Sá Machado para formação de mais técnicos para a provisão de serviços e cuidados em SRMNIA_N											
	Dotar o Instituto de recursos humanos e materiais (pedagógicos e para a prática) com vista a aumentar o número de promoções de formação técnicos qualificados											

	Advogar para formação de especialistas nas áreas de Gineco-Obstetria, Pediatria, Nutrição, Neonatologia e Atendimento aos Adolescentes, Enfermeira/os, Enfermeiras Parteiras, Anestesiastas/Intensivistas	- % de novos especialistas formados e em exercício	20%	80%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR	Disponibilidade das Instituições de formação. Disponibilidade de fundos
OE. 5: Fortalecer a prestação de contas para melhorar a SRMNIA_N até final de 2023											
INTERVENÇÕES	ATIVIDADES	INDICADORES	Base 2018	Meta 2023	Cronograma			Responsável	Parceiros	Meios de verificação	Riscos / suposições
					2019	2020	2021				
Reforço da disponibilidade de dados e uso de dados de rotina	Rever as ferramentas de recolha de dados para integrar indicadores de rotina incluindo dados desagregados	- % indicadores SRMNIA_N disponível no SIS			X	X	X	PSSR	SIS	- Relatório sobre a integração de dados no DHIS2	
	Coordenar com o sistema de informação sanitária para a integração de indicadores SRMNIA_N na plataforma de DHIS2										
	Formar os técnicos de saúde para a recolha, análise e uso de dados a todos os níveis	- % de técnicos de saúde actualizados em recolha, análise e utilização de dados por US	50%	80%	X	X	X	Departamento de epidemiológico + SIS	OMS	Relatórios de formação	Disponibilidade de fundos
	Organizar sessões de validação de dados a cada 6 meses										
Compartilhamento amplo de boas práticas e lições aprendidas sobre a implementação de intervenções SRMNIA_N	Formar os gestores de programas na utilização de dados para planificação										
	Criação de um portal no site do Ministério da saúde	- Portal sobre SRMNIA-N disponível no site do Ministério da saúde	0	1			X	PSSR	SIS	Relatório anual do PSSR	
	Divulgar relatórios de progresso sobre a implementação de intervenções	- Número de relatórios de progresso e documentos sobre	0	12 (4 por ano)	X	X	X	PSSR	SIS	SIS, Relatório anual do PSSR	
	Documentar e partilhar boas práticas e experiências da implementação de intervenções SRMNIA_N										

		SRMNIA-N divulgados no portal										
Operacionalização das auditorias de óbitos maternos, neonatais e infantis	Revitalizar/criar comités para as auditorias de óbitos maternos, neonatais e infantis	- Relatórios anuais de auditorias de óbitos maternos, neonatais e infantis elaborados e difundidos	50%	100%	X	X	X	PSSR	Comissão de auditoria de mortes maternas	PSSR		
	Elaborar e disseminar os relatórios das auditorias											
Reforçar as actividades de seguimento e avaliação das intervenções ligadas a SRMNIA_N	Reforçar as capacidades das equipas em supervisão, seguimento e avaliação integrada	- % de equipas actualizadas em supervisão, seguimento e avaliação integrada - Relatório da avaliação a meio percurso e no final do plano SRMNIA_N	50%	100%	X	X	X	PSSR	OMS	Relatório anual do PSSR		
	Elaborar e implementar um calendário de seguimento e avaliação da implementação dos programas de SRMNIA_N		0	2			X	PSSR	OMS	Relatório da avaliação a meio percurso e no final do plano SRMNIA_N		
	Realizar uma avaliação a meio percurso e no final do plano SRMNIA_N											
Reforço das capacidades para o registo e notificação de nascimentos, causas de óbitos e mortalidade materna, neonatal, infantil e dos adolescentes	Reforçar as capacidades no registo das causas de morte	- Número de pessoas formadas/actualizadas em registo das causas de morte			X	X	X	SIS	OMS	Relatório anual do SIS		
	Reforçar as capacidades na utilização de CD-11											
	Reforçar as capacidades para a notificação de óbitos			X	X	X	SIS	OMS	Relatório anual do SIS			
	Integrar a notificação de mortes neonatais no sistema integrado de vigilância	- Número de pessoas formadas/actualizadas em utilização de CD-11										

OBJECTIVO ESTRATEGICO	INTERVENÇÕES	INDICADORES	MEIOS DE VERIFICAÇÃO
1. OE 1 Fortalecer até o final de 2023 a liderança dos programas SRMNIA_N (planificação, mobilização de recursos e coordenação das intervenções SRMNIA_N envolvendo todos os atores e parceiros)	1.1. Promoção de um ambiente legal favorável aos direitos em SRMNIA-N	- Lei sobre o aborto revista e adoptada - Grávidas e crianças menores de 5 anos beneficiando de cuidados de SRMNIA_N gratuitos	Diário da República Diário da República (decreto lei actualizado)
	1.2. Reforço da capacidade institucional em planificação, gestão e mobilização de recursos	Planos operacionais anuais disponíveis em cada distrito	Relatório anual de cada distrito
	1.3. Mobilização de recursos para implementação da estratégia	% fundos alocados ao plano anual	Relatório anual do PSSR
	1.4. - Reforço da coordenação inter e intrasectorial para a implementação da estratégia de SRMNIA_N	Número de intervenções/ actividades conjuntas planificadas	Relatório anual do PSSR
	1.5. Melhorar a segurança do paciente em serviços de mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes	% de Unidade Sanitária com o comité de qualidade funcional % das visitas de supervisão formativa realizadas em relação ao número planificado	Relatório anual do PSSR Relatório anual do PSSR
2. OE 2 Melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços SRMNIA_N até o final de 2023	2.1. Prestação de serviços e cuidados de qualidade para a mulher	- % de técnicos de saúde actualizados na prestação de cuidados de SONUB - % de técnicos de saúde actualizados em prestação de PF com os métodos de longa duração	Relatório anual do PSSR
	2.2. Prestação de serviços e cuidados de qualidade para recém-nascidos	- Normas de atendimento do neonato saudável e doente disponíveis - % de RN que têm aleitamento materno precoce	- Relatório anual do PSSR - MICS
	2.3. Prestação de serviços e cuidados de qualidade para crianças	- Relatório sobre a implementação das normas de desenvolvimento da primeira infância - % de técnicos de saúde actualizados em prestação de cuidados na primeira infância	Relatório anual do PSSR

	2.4. Prestação de serviços de saúde adaptados aos adolescentes incluindo a saúde escolar	- Pacote dos serviços de saúde dos adolescentes incluindo o pacote escolar elaborado e difundido - % de prestadores formados em abordagem de serviços adaptados à saúde do adolescente	Relatório anual do PSSR
	2.5. Prestação de serviços de saúde para SRMNIA_N na comunidade	- Pacote de serviços de SRMNIA_N a nível comunitário definidos na Carta Sanitária adaptados revisto e disseminado - Número de formadores em SRMNIA_N ao nível comunitário formados	Relatório anual do PSSR
	2.6. Melhoria da qualidade dos cuidados centrados na pessoa incluindo o empoderamento do paciente	- Plano de supervisão integrado elaborado e disponível - % de prestadores de cuidados actualizados em abordagem centrada na pessoa	- Relatório anual do PSSR - Plano de supervisão integrado
	2.7. Prestação de serviços da saúde reprodutiva na 3ª idade		
3. OE 3 Fortalecer o papel de indivíduos, famílias e comunidades para o aumento da procura atempada dos serviços de SRMNIA_N até o final de 2023 com vista a melhorar a saúde materna, infantil e do adolescente em áreas urbanas e rurais.	3.1. Educação e Promoção para SRMNIA_N a todos os níveis	- Número de mensagens educativas adaptadas a problemáticas da SRMNIA_N produzidas e difundidas	Relatório anual do PSSR
	3.2. Comunicação para mudança de comportamento dos grupos alvo na SRMNIA_N	- Plano de comunicação para mudança de comportamento no âmbito da SRMNIA_N elaborado e difundido	Documento de Plano de comunicação para mudança de comportamento no âmbito da SRMNIA_N
	3.3. Envolvimento / Participação comunitaria	- Número de diálogos comunitários realizados	Relatório anual do PSSR
4. OE 4 Fortalecer a capacidade dos recursos humanos para prestação de cuidados de qualidade, promotivos, preventivos, curativos e de reabilitação a todos os níveis, incluindo cuidados especializados, de emergência e na comunidade até final de 2023	4.1. Transferência das competências	- Número de pessoas formadas em competências para prestação de cuidados em SRMNIA_N de qualidade	Relatório anual do PSSR
	4.2. Incremento do número de técnicos qualificados	- Número de técnicos qualificados formados pelo Instituto Víctor Sá Machado	Relatório anual do PSSR

5. OE 5 Fortalecer a prestação de contas para melhorar a SRMNIA_N até final de 2023	5.1 Reforço da disponibilidade de dados e uso de dados de rotina	- % de técnicos de saúde actualizados em recolha, análise e utilização de dados	Relatório anual do Departamento de vigilância epidemiológica/SIS
	5.2 Compartilhamento amplo de boas práticas e lições aprendidas sobre a implementação de intervenções SRMNIA_N	- Portal sobre SRMNIA_N criado e em funcionamento no site do SIS	- Relatório anual do PSSR
	5.3 Operacionalização das auditorias de óbitos maternos, neonatais e infantis	- Relatórios anuais de auditorias de óbitos maternos, neonatais e infantis disponíveis	- Relatório anual do PSSR
	5.4 Reforçar as atividades de seguimento e avaliação das intervenções ligadas a SRMNIA_N	- Calendário de seguimento e avaliação da implementação dos programas de SRMNIA_N elaborado	Relatório anual do PSSR
	5.5 Reforço das capacidades para o registo e notificação de nascimentos, causas de óbitos e mortalidade materna, neonatal, infantil e dos adolescentes	- Número de pessoas formadas/actualizadas em registo das causas de morte	Relatório anual do SIS

5 CAPÍTULO 5. FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Os resultados esperados da implementação das intervenções propostas serão atingidos se forem apoiados por um sistema de saúde que funcione. É preciso reforçar o sistema de saúde, particularmente:

5.1 LIDERANÇA

A implementação efetiva e eficiente do plano estratégico exige forte liderança e administração nacional. No entanto, a fraca habilidade de gerenciamento do programa e da liderança da equipe do programa técnico são uma ameaça à implementação efetiva do plano estratégico em todos os níveis. O outro desafio para a implementação efetiva do programa é a falta de uma estrutura de coordenação estratégica definida que reúna os parceiros técnicos e financeiros para o planejamento e a implementação conjuntos. A capacitação em gestão de programas e institucionalização de mecanismos de coordenação intra-setorial e multi-setorial deve ser priorizada.

5.2 FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

A persistência de uma força de trabalho insuficiente em termos de quantidade e qualidade reduz as chances de obtenção de cobertura universal nas intervenções de qualidade da SRMNIA_N. Embora o programa SRMNIA_N tenha feito esforços na transferência de competências para aumentar a disponibilidade de profissionais de saúde qualificados, há uma produção insuficiente dos prestadores de saúde devido à falta de instituições de formação para treinar um número adequado de profissionais de saúde.

Para melhorar a disponibilidade e a cobertura de intervenções de SRMNIA_N de qualidade, os parceiros devem trabalhar em conjunto com o governo para desenvolver e implementar políticas e planos nacionais de desenvolvimento e gestão de recursos humanos sustentáveis que incluam estratégias para treinar, motivar, reter e empregar profissionais de saúde bem como a implementação de normas de pessoal para oferecer serviços de qualidade.

5.3 LOGÍSTICA, MEDICAMENTOS E SUPRIMENTOS

A garantia da disponibilidade de produtos, suprimentos e medicamentos que salvam vidas depende de uma aquisição funcional e cadeia de suprimentos. Isso também exigirá o fortalecimento das capacidades nacionais de gestão eficiente da cadeia de fornecimento, incluindo a implementação de políticas e procedimentos operacionais padronizados para uma logística e cadeia de suprimento exclusivas.

5.4 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS INTEGRADA DO QUALIDADE

A prestação de serviços integrados de qualidade de atendimento é um pré-requisito para a cobertura universal de serviços. Isso vai além da disponibilidade de pacotes de intervenções baseadas em evidências, pessoal treinado, medicamentos e equipamentos. Isso requer a implementação de mecanismos de garantia da qualidade em todos os níveis do sistema de prestação de serviços, incluindo a responsabilização por parte dos prestadores de serviços. Os parceiros e a sociedade civil, incluindo os órgãos reguladores profissionais, devem apoiar o governo a desenvolver e implementar o monitoramento baseado no desempenho dos serviços de SRMNIA_N.

5.5 FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

As despesas do Programa de Saúde Reprodutiva, como outros programas de saúde, são cobertas principalmente por parceiros. Esta situação coloca o financiamento para a implementação de intervenções de saúde reprodutiva numa situação de precariedade. Para mitigar esta situação, existe a necessidade de expandir a mobilização de recursos para além dos parceiros, para atrair parceiros financeiros não tradicionais, como o setor privado e a sociedade civil, munido de um plano de mobilização contínua de recursos, integrando abordagens inovadoras. A integração de intervenções também deve resultar em compartilhamento de custos. Por exemplo, o treinamento em PTMF apoiado pelo fundo global devia visar a capacitação em cuidados pré-natais.

6 CAPÍTULO 6. QUADRO DE EXECUÇÃO

6.1 ESTRUTURA INSTITUCIONAL

A saúde sexual e reprodutiva é uma das prioridades do Plano Estratégico Nacional de Desenvolvimento do Sector da Saúde 2017-2021. A implementação da estratégia de SRMNIA_N seguirá, portanto, os procedimentos institucionais e estruturais nacionais que regem o desenvolvimento da saúde e a prestação de serviços de saúde em STP, previstos no atual PNDS. O Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva deve supervisionar a implementação da Estratégia nacional SRMNIA_N 2019-2023. Os planos operacionais serão desenvolvidos e implementados nos níveis nacional e distrital. O apoio ao nível distrital para cumprir suas respectivas responsabilidades na implementação das intervenções prioritárias delineadas no plano de implementação será fornecido pelos respectivos setores sob o Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva.

6.2 MECANISMOS DE COORDENAÇÃO

Conforme previsto no PNDS referente à coordenação da implementação dos programas do setor de saúde, ao nível central, a coordenação da implementação do plano estratégico de SRMNIA_N integrado 2019-2023 será assegurada pelas reuniões periódicas com o Ministro da Saúde para analisar o progresso na implementação das atividades planejadas.

Ao nível do programa, planeja-se criar /revitalizar o Comité de Coordenação, que exigirá a representação e a participação efetiva de todos os atores envolvidos na implementação de intervenções que tenham impacto sobre a saúde das mães, recém-nascidos, crianças e adolescentes. Assim, este comité será composto por representantes de parceiros técnicos e financeiros, outros setores como educação, infraestrutura (saneamento, construção e estradas), agricultura, género, etc. Também serão formados grupos temáticos, responsáveis pela coordenação técnica das diferentes áreas do programa de SRMNIA_N.

6.3 PAPÉIS DE OUTROS SETORES

É necessário uma abordagem abrangente para abordar os determinantes multifacéticos de SRMNIA_N que vão além do apelo do setor da saúde para uma abordagem multissetorial. A implementação da estratégia integrada de SRMNIA reunirá, portanto, as diferentes partes interessadas para garantir um apoio eficaz e coerente. Esta abordagem multissetorial envolverá a participação e colaboração de outros programas e setores desde os estágios de planejamento, ao longo da implementação e na avaliação das intervenções do SRMNIA_N.

O planeamento e a implementação das intervenções de SRMNIA_N envolverão a participação e colaboração de outros programas, setores e parceiros, incluindo a sociedade civil envolvida na prestação de intervenções de saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil, do adolescente e nutrição, de acordo com os princípios orientadores adotados.

7 CAPÍTULO 7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A efetiva monitorização e avaliação da implementação do plano estratégico do SRMNIA_N contribuirá para a disponibilidade de informações sobre a situação de mulheres, crianças e adolescentes e promoverá a prestação de contas e a transparência.

7.1 AO NÍVEL CENTRAL

O programa de SR (PSR), que é responsável pela coordenação das iniciativas de SRMNIA_N, assegurará que o seguimento e a avaliação da implementação das intervenções de SRMNIA_N seja realizado pelos mesmos mecanismos e extrairá dados da Revisão Anual e da revisão intercalar para monitorar o progresso da estrutura da SRMNIA_N.

O programa realizará a avaliação do plano estratégico SRMNIA_N anualmente. A avaliação anual do plano será realizada para avaliar o progresso anual do programa e para avaliar o desempenho do progresso dos indicadores selecionados de nível de resultados da SRMNIA_N em todos os distritos..

Haverá também uma revisão intermédia para monitorar o progresso em direção ao alcance das metas estabelecidas.

O PSR, ainda de acordo com as disposições definidas no PNDS 2017-2021, participará nas *Revisões de MeioTermo* organizadas pela unidade de planificação e estratégia e nas *Reuniões intra-sectoriais periódicas* entre o titular da pasta do Ministério da Saúde e os coordenadores de todos os programas, a fim de fornecer a todas as partes interessadas a oportunidade de levantar questões políticas e fornecer informações técnicas sobre as conquistas e os desafios encontrados durante a implementação.

7.2 AO NÍVEL DISTRITAL

- A monitorização e avaliação dos planos operacionais da SRMNIA_N a nível distrital serão levadas a cabo pela equipa distrital de saúde e pelos programas através de revisões trimestrais.
- A avaliação contínua da implementação das atividades planificadas também será realizada por meio de monitoramento e supervisão regulares, incluindo as análises de mortalidade materna e infantil a nível das unidades sanitárias.
- No nível distrital, as atividades de M & A se concentrarão nos indicadores de processo e de produtos.

7.3 INDICADORES

Os principais critérios para selecionar os indicadores foram:

- a. O indicador está incluído no plano de trabalho nacional de monitorização e avaliação da saúde;
- b. Foi dada prioridade aos indicadores que fazem parte dos 11 indicadores principais recomendados pelo Quadro de Indicadores e Monitorização da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016-2030);
- c. Existe um sistema no país para gerar os dados;
- d. O indicador está diretamente relacionado à atividade no plano estratégico SRMNIA_N.

7.4 RECOLHA DE DADOS

Os métodos de recolha de dados para acompanhar o progresso do plano estratégico da SRMNIA_N serão baseados no sistema nacional existente. Em geral, existem dois métodos de recolha de dados, conforme destacado abaixo:

7.4.1 Recolha de dados de rotina

Isso incluirá principalmente, os dados de rotina recolhidos pelos programas como as unidades de CPN e os dados recolhidos através do sistema nacional de informação sanitária (SIS).

7.4.2 Recolha periódica de dados

Isto abrangerá as iniciativas de recolha de dados pontuais ou repetidos, como o DHS, o MICS, as avaliações das instalações, as revisões anuais e intermediárias e a avaliação final.

8 CAPÍTULO 8. CUSTOS GERAIS POR ANO

PROGRAMAS E SUB-PROGRAMAS	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1.1 TOTAL SRMNIA_N	10,407,402	13,919,770	13,444,568	14,855,596	14,579,059	67,206,396
1.1.1 SAÚDE MATERNO INFANTIL (SMI)	1,038,353	1,118,003	1,191,201	1,259,507	1,323,599	5,930,663
1.1.2 SAÚDE MATERNO E NEONATAL (SMN)	1,832,107	2,761,290	2,783,909	2,783,278	2,796,166	12,956,748
1.1.3 ATENÇÃO INTEGRADA DE DOENÇA DE INFÂNCIA (AIDI)	296,529	301,460	303,926	306,391	311,322	1,519,629
1.1.4 PLANEAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA (PFSR)	2,369,041	3,476,620	2,659,116	3,718,781	2,879,841	15,103,399
1.1.5 NUTRIÇÃO	370,370	1,325,618	881,040	863,255	863,367	4,303,650
1.1.6 SAÚDE ESCOLAR E ADOSLECENTE (SEA)	4,501,002	4,936,779	5,625,377	5,924,385	6,404,764	27,392,308

COMPOSANTE/PROGRAMA/SUB-PROGRAMA	2017	2018	2019	2020	2021	Total
1.1 TOTAL SRMNIA_N	10,407,402	13,919,770	13,444,568	14,855,596	14,579,059	67,206,396
1.1.1 Saúde Materno Infantil (SMI)	1,038,353	1,118,003	1,191,201	1,259,507	1,323,599	5,930,663
1.1.1.1 Melhorar a procura, disponibilidade acessibilidade e qualidade dos serviços da SR para mulheres, homens, adolescentes, jovens e crianças.	216,332	255,379	292,151	326,367	357,197	1,447,426
1.1.1.2 Melhorar a qualidade e a quantidade de RH para SR	273,719	278,271	280,547	282,823	287,374	1,402,734
1.1.1.3 Disponibilizar medicamentos e produtos de qualidade para SR	183,102	219,153	253,302	285,117	313,828	1,254,503
1.1.1.4 Garantir financiamento adequado para SR	110,000	110,000	110,000	110,000	110,000	550,000
1.1.1.5 Fortalecer o monitoramento e avaliação da SR.	255,200	255,200	255,200	255,200	255,200	1,276,000
1.1.2 Saúde materno e neonatal (SMN)	1,832,107	2,761,290	2,783,909	2,783,278	2,796,166	12,956,748
1.1.2.1 Mobilização de recursos	170,005	170,005	170,005	170,005	170,005	850,025
1.1.2.2 Fortalecimento do sistema de saúde	1,442,107	2,371,290	2,393,909	2,393,278	2,406,166	11,006,748
1.1.2.3 Mobilização e participação da comunidade	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	500,000
1.1.2.4 Promover a parceria estratégica participativa	59,995	59,995	59,995	59,995	59,995	299,975
1.1.2.5 Comunicação de informação, educação e mudança comportamental	60,000	60,000	60,000	60,000	60,000	300,000
1.1.3 Atenção integrada de doença de infância (AIDI)	296,529	301,460	303,926	306,391	311,322	1,519,629

1.1.3.1 Capacitar médicos e enfermeiros em matéria segundo a estratégias AIDI, contribuindo para melhor assistência as crianças menores de anos	296,529	301,460	303,926	306,391	311,322	1,519,629
1.1.4 Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva (PFSR)	2,369,041	3,476,620	2,659,116	3,718,781	2,879,841	15,103,399
1.1.5.1 Melhorar o contexto político e programático para PF	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	25,000
1.1.5.2 Aumentar o envolvimento dos homens no acesso e aproveitar os serviços de PF	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	50,000
1.1.5.3 Aumentar em 40% o financiamento por recursos (incluindo o estado e o setor privado nacional) para PF	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	75,000
1.1.5.4 Aumentar a comunicação interpessoal em PF	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000	50,000
1.1.5.5 Aumentar a proporção de pessoas expostas, especialmente as mulheres, às mensagens de PF através dos meios de comunicação de massa	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	150,000
1.1.5.6 Desenvolver e implementar a estratégia de mudança de comportamento	40,000	40,000	40,000	40,000	40,000	200,000
1.1.5.7 Aumentar o acesso de adolescentes e jovens a serviços abrangentes de educação sexual e reprodutiva e PF em todas as escolas e centros de formação profissional	120,000	120,000	120,000	120,000	120,000	600,000
1.1.5.8 Aumentar a capacidade dos centros de saúde e postos de saúde para fornecer serviços anticoncepcionais de qualidade, especialmente métodos de longo prazo	50,000	50,000	50,000	50,000	50,000	250,000

1.1.5.9 Aumentar o acesso dos adolescentes e adolescentes aos serviços de saúde de qualidade, contraceptivos e sexual e reprodutivo em 90% dos centros de saúde e 25% dos postos de saúde	120,000	120,000	125,714	121,659	121,659	609,032
1.1.5.10 Aumentar o acesso a serviços de PF de qualidade através do estabelecimento de duas clínicas móveis e distribuição baseada na comunidade devido a dois profissionais de saúde comunitários por localidade;	1,521,041	2,628,620	1,788,354	2,864,173	2,025,233	10,827,420
1.1.5.11 Desenvolver parcerias com o setor privado, organizações da sociedade civil e ONGs para aumentar o fornecimento e uso de serviços de PF	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	150,000
1.1.5.12 Aumentar a confidencialidade e privacidade dos usuários de PF em todos os pontos de entrega de serviços (SPPs)	50,000	50,000	52,381	50,691	50,691	253,763
1.1.5.13 Garantir a integração da cadeia de distribuição de produtos SR com o circuito MEG	40,000	40,000	41,905	40,553	40,553	203,011
1.1.5.14 Assegurar um sistema eficiente de informação de gerenciamento logístico para disponibilidade contínua de produtos SR / PF	89,998	89,998	94,283	91,242	91,242	456,762
1.1.5.15 Assegurar o fornecimento adequado de produtos contraceptivos	100,000	100,000	104,762	101,382	101,382	507,527
1.1.5.16 Melhorar o mecanismo de planejamento, coordenação e parceria	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	150,000
1.1.5.17 Melhorar o sistema de treinamento e supervisão	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	150,000
1.1.5.18 Melhorar o sistema de coleta e gerenciamento de informações de PF	47,998	47,998	50,283	48,661	48,661	243,601

1.1.5.19 Desenvolver pesquisa-ação e documentação de boas práticas	30,005	30,005	31,434	30,420	30,420	152,282
1.1.5 Nutrição	370,370	1,325,618	881,040	863,255	863,367	4,303,650
1.2.5.1 Estabelecer e implementar um sistema de informação do Programa nacional de nutrição	-	264,000	44,000	44,000	44,000	396,000
1.2.5.2 Elaborar uma proposta para a criação efetiva de um comité nacional multisectorial e pluridisciplinar para os assuntos alimentares e nutricional para STP	22,022	32,956	32,956	32,956	32,956	153,846
1.2.5.3 Criar um mecanismo de acompanhamento juntamente com o PSR com vista a redução em 50 % a taxa de baixo peso a nascença;	110,000	220,000	220,000	220,000	220,000	990,000
1.2.5.4 Reduzir para < 5% a taxa de desnutrição crónica em STP	-	-	-	-	-	-
1.2.5.5 Reduzir para < 10% a prevalencia de anemia nutricionais nas grávidas, lactentes e crianças <15 anos de idade em STP	28,348	28,662	28,846	28,972	29,083	143,911
1.2.5.6 Eliminar a carência de iodo como problema de saúde pública em STP.	210,000	780,000	555,238	537,327	537,327	2,619,892
1.1.6 Saúde Escolar e Adoslecente (SEA)	4,501,002	4,936,779	5,625,377	5,924,385	6,404,764	27,392,308
1.2.6.1 Promover, de forma inclusiva e abrangente a saúde escolar e prevenir a doença na comunidade escolar, assegurando um ambiente escolar seguro e saudável, incentivando práticas de vida saudáveis, favoráveis a uma boa aprendizagem e ao crescimento e desenvolvimento harmonioso do aluno	4,100,474	4,517,843	5,182,226	5,465,007	5,924,988	25,190,538

1.2.6.2 Assegurar uma gestão e implementação eficazes do Programa de Saúde Escolar e adolescentes a todos os níveis de ensino através de boas práticas de gestão e do envolvimento de todos os atores chave (alunos, professores, profissionais de saúde, comunidades, gestores dos sectores de educação e da saúde, parceiros, etc.)	180,528	198,937	223,152	239,378	259,776	1,101,770
1.2.6.3 Fortalecer as estruturas de gestão do Programa de Saúde Escolar a todos os níveis (central, distrital, regional, escolas) de forma a criar condições favoráveis a implementação das atividades de saúde escolar	66,000	66,000	66,000	66,000	66,000	330,000
1.2.6.4 Promover um ambiente saudável e seguro nas escolas e incentivar os alunos na descoberta do seu potencial de saúde, na adoção de respostas adequadas aos desafios do dia-a-dia a sua saúde e no domínio dos fatores de proteção relacionados com estilos de vida saudáveis, desenvolvendo nos alunos habilidades que contribuam para o sucesso escolar e reforço da sua autoestima	44,006	44,006	44,006	44,006	44,006	220,028
1.2.6.5 Assegurar a inclusão/integração das crianças com necessidades educativas e de saúde especiais, estimular a utilização de medidas para a prevenção primária e secundária dos principais problemas de saúde e melhorar o acesso da população escolar aos serviços de saúde, estabelecendo um sistema de referência adequado dos alunos às Unidades Sanitárias	54,995	54,995	54,995	54,995	54,995	274,973

1.2.6.6 Estabelecer mecanismos sustentáveis para formação dos professores em temas de saúde, gênero, saúde sexual e reprodutiva e capacitação contínua destes e de outros intervenientes, na implementação do programa e difusão de mensagens sobre saúde;	33,000	33,000	33,000	33,000	33,000	165,000
1.2.6.7 Sensibilizar parceiros e outros intervenientes (pais, encarregados de educação, sociedade civil, líderes religiosos, ONG's, associações, etc.) acerca da problemática de saúde da população em idade escolar e solicitar seu apoio na implementação sustentável do programa	22,000	22,000	22,000	22,000	22,000	110,000

9 CAPÍTULO 8. MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

O financiamento das actividades contidas no Plano será realizado com fundos do Governo complementados com recursos de organismos de cooperação internacional assim como com apoios de entidades públicas e privadas e contribuições de outros parceiros locais.

A advocacia contínua com os parceiros tradicionais nomeadamente os bilaterais, os multilaterais e ONGs e a procura de novos parceiros a nível nacional tal como a nível internacional devem ser permanentes. A coordenação e a parceria são os elementos chaves para o sucesso na implementação da estratégia. Trata-se de conduzir todos os actores a trabalhar ou a agir em conjunto, de maneira efectiva, a fim de utilizar de forma racional, eficaz e eficiente os recursos disponíveis. O Governo irá mobilizar o pessoal necessário para implementar o plano. O Ministério da Saúde irá procurar manter no lugar o pessoal formado nas componentes da estratégia e prestar apoio à formação de pessoal do sector público, privado e ONGs.

Quadro de desempenho da estratégia SRMNIA_N 2019 – 2023

	INDICADORES	Base (2014/ MICS)	2019	2020	2021	2022	2023	Fonte
OE 1. Fortalecer até o final de 2023 a liderança dos programas SRMNIA-N (<i>planificação, mobilização de recursos e coordenação</i> das intervenções SRMNIA_N envolvendo todos os atores e parceiros)								
1.	% fundos alocados ao plano anual							
OE. 2: Melhorar a disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos serviços SRMNIA_N até o final de 2023								
2.	Proporção de nascimentos na presença de pessoal qualificado	92.5%	94.3%	94.6%	95%	95.3%	95.7%	IDS, MICS
3.	Necessidades não satisfeitas em PF	32.7%						IDS, MICS
4.	Consulta pós-parto para a mãe dentro de 2 dias após o parto	86.8%	92.6%	93.8%	95%	96.2%	97.3%	IDS, MICS
5.	Porcentagem de mulheres grávidas seropositivas que recebeu TARV para reduzir o risco de transmissão de mãe para filho durante a gravidez	91% (PNLS ^o 2017)	91.8%	92,6%	93,4%	94,2%	95%	Relatorio anual PNLS
6.	Taxa de prevalência de serologia positiva para a sífilis entre as grávidas	0.8 % (2017)	0.7%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%	Relatorio anual PNLS
7.	Consulta pós-natal para o recém-nascido (consulta pós-natal dentro de 2 dias após o parto)	90.7%	94.9%	95.8%	96.7%	97.5%	98.4%	IDS, MICS

	INDICADORES	Base (2014/ MICS)	2019	2020	2021	2022	2023	Fonte
8.	Transmissão Mãe Filho do VIH	3,2% (2017)	3.0%	2.8%	2.6%	2.4%	<de 2%	IDS, MICS
9.	Proporção de mães que começaram o aleitamento materno durante uma hora após o nascimento	38.3%	53.8%	56.9%	60%	63.1%	66.2%	IDS, MICS
10.	Taxa de nascidos mortos							
11.	Incidência do Baixo peso ao nascer	8,4%	7.4%	7.2%	7%	6.8%	6.6%	IDS, MICS
12.	Percentagem de criança completamente vacinada	66%	68.8%	69.4%	70%	70.6%	71.1%	IDS, MICS
13.	Proporção de crianças com 12 à 23 meses vacinadas contra sarampo antes de 12 meses	90% (JRF WHO- UNICEF 2018)	93.6%	94.3%	95%	95.7%	96.4%	IDS
14.	Proporção de crianças 12 à 23 meses que recebeu o PENTA 3.	95% (JRF WHO- UNICEF 2018)	97.1%	97.6%	98%	98.4%	98.8%	IDS
15.	Proporção de crianças com suspeita de pneumonia que recebeu antibióticos apropriados	47,6%	70.7%	75.3%	80%	84.6%	89.2%	IDS
16.	Prevalência de anemia em crianças	67%	47.7%	43.8%	40%	36.1%	32.3%	IDS, MICS
17.	Taxa de malnutrição crónica							

	INDICADORES	Base (2014/ MICS)	2019	2020	2021	2022	2023	Fonte
18.	Taxa de malnutrição aguda severa (SAM)							
19.	Taxa de cobertura do aleitamento exclusivo	74%	78.3%	79.1%	80%	80.8%	81.7%	IDS, MICS
20.	Proporção de crianças com diarreia tratadas com SRO	49%	85.4%	92.7%	100%	100%	100%	IDS
21.	% de adolescentes que usam algum método de planeamento familiar							
22.	Taxa de gravidez entre adolescentes	27.3%	18.5%	17.6%	15%	13.2%	11.5%	IDS, MICS
23.	Taxa de gravidez precoce entre adolescentes 10 -14 anos e 15 - 19 anos	1.9% 24.6%						
24.	Taxa de mortalidade entre adolescentes							
25.	Taxa de prevalência de serologia positiva para a sífilis entre as adolescentes grávidas							
OE. 3: Fortalecer o papel de indivíduos, famílias e comunidades para o aumento da procura atempada dos serviços de SRMNIA_N até o final de 2023 com vista melhorar a saúde materna, infantil e do adolescente em áreas urbanas e rurais								
26.	% de nascimentos na presença de pessoal qualificado	91%	93.8%	94.4%	95%	95.6%	96.1%	IDS, MICS

	INDICADORES	Base (2014/ MICS)	2019	2020	2021	2022	2023	Fonte
27.	% de mulheres grávidas que dormiu de baixo de mosquiteiro impregnado na noite anterior	60.9%	74.5%	77.3%	80%	82.7%	85.5%	IDS, MICS
28.	Procura de tratamento para crianças com sintomas de IRA	68,9%			80%			IDS, MICS
29.	Procura de tratamento para diarreia	54,2%			80%			IDS, MICS
30.	% de grávidas que conhecem sinais de gravidade durante a gravidez							
31.	% de mães que conhecem sinais de gravidade nas crianças							
32.	Taxa de consumo de álcool entre adolescentes	F : 7.5%; M : 11.9%	F: 5.0% M: 7.7%	F: 4.5% M: 6.8%	F= 4.0% M: 6.0%	F : 3.5% M: 5.1%	F : 3.0% M: 4.3%	MICS
33.	Taxa de tabagismo entre adolescentes	F=0.4%; M=1.4%	F= 0.4% M= 0.7%	F= 0.4% M= 0.6%	F= <1% M= <1%	F= <1% M= <1%	F=<1% M= <1%	MICS
34.	Taxa de uso de drogas entre adolescentes	CAP 2014- M= 5.4%; F= 2.1%	M=3.7 % F= 2.1%	M=3.3 % F= 2.1%	<5%	<5%	<5%	MICS, CAP
35.	Taxa de uso de PRESERVATIVO entre adolescentes	CAP 2014 40.6% CAP- EPAJ 2016	68.7%	74.4%	80%	85.6%	91.2%	CAP

	INDICADORES	Base (2014/ MICS)	2019	2020	2021	2022	2023	Fonte
		61.7%						
OE. 5: Fortalecer a prestação de contas para melhorar a SRMNIA-N até final de 2023								
36.	% de óbitos maternos auditados						100%	
37.	% de óbitos neonatais auditados	0%					100%	
38.	% de óbitos infantis auditados	0%					80%	
39.	% de crianças menores de 5 anos que foram Registadas)	95.2%			98%			MICS
40.	% de óbitos de mulheres de 15 a 49 anos classificado segundo a causa de óbito materno							

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Plano Nacional de Desenvolvimento Saúde (2012-2016)
2. Carta Sanitária (Março 2012)
3. Plano Nacional de Desenvolvimento de Saúde (Março 2017 - 2021)
4. Política Nacional de Saúde (Março 2012)
5. Orçamentos do Ministério da Saúde de 2013 á 2016 e execução dos orçamentos do Ministério da Saúde de 2013 a Setembro 2015
6. Informe de Avaliação do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose 2013-2017 em São Tomé e Príncipe
7. Inquérito de Indicadores de Múltiplos Agregados (MICS) em STP, INE, (2014)
8. Inquerito Demográfica e Sanitário de Sao Tomé e Principe, INE, (2008-2009)
9. Plano do Programa de saúde escolar e estratégia de promoção da saúde e prevenção de doença na comunidade escolar (2010)
10. Plano do Programa dos Primeiros 1.000 Dias Mais Críticos na vida da criança- STP (outubro 2016)
11. Plano estrategico de luta contra a tuberculose 2013-2017
12. Plano Nacional de Nutrição de São Tomé e Príncipe
13. Política nacional de alimentação 2013-2024 (agosto/2014)
14. Análise da situação das crianças e das mulheres em São Tomé e Príncipe em 2015, « Análise baseada nos Direitos Humanos de acordo com uma abordagem de equidade”. UNICEF, 2016
15. Rapport final du programme d'appui de l'Union Européenne, à l'accélération de la reduction de la mortalité maternelle et néonatale à São Tomé et Principe, 2018
16. Contas acionais de saúde 2012 & 2013.